

Titre III. - Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine

Conditions générales

Les spécifications techniques auxquelles doivent satisfaire les produits sont celles décrites ci-dessous ou des spécifications techniques assurant un niveau de qualité, de sécurité et d'efficacité au moins équivalent.

1. Champ d'application

Parmi les dispositifs médicaux implantables, actifs ou non, définis à l'article LP 2 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée, parmi les implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et parmi les greffons tissulaires d'origine humaine, relèvent et peuvent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables ceux qui répondent aux quatre critères suivants :

1°- d'implantation : ceux qui sont destinés à être implantés en totalité dans le corps humain; ce qui exclut, notamment, les appareils constitués d'une partie implantable solidaire d'un élément externe (ex. : fixateurs externes pour ostéosynthèse...) .

2°- de pose : ceux qui ne peuvent être implantés que par un médecin ce qui exclut, notamment, les dispositifs médicaux inscrits au titre 1er de la liste des produits et prestations remboursables (ex. : sondes urinaires...) .

3°- de durée: ceux dont la durée de l'implantation ou de présence dans l'organisme est supérieure à 30 jours; ce qui exclut tous les instruments médico-chirurgicaux utilisés à l'occasion d'un acte thérapeutique et ceux non destinés à rester en place après l'intervention ou ceux destinés à être retirés ultérieurement (ex. : sonde de dilatation vasculaire, fil de suture, sonde double j lors de l'élimination de calcul...) .

4°- d'objectif : ceux dont l'implantation constituent l'objet principal de l'intervention chirurgicale, ce qui exclut les produits utilisés comme accessoires lors des interventions (par exemple dans un but hémostatique ou de suture...) .

Cependant, certains dispositifs médicaux implantables dont l'objet présente un intérêt important de santé publique (par exemple, les gels viscoélastiques, les implants osseux pour perte de substance...) bien que n'étant pas l'objet principal de l'intervention, peuvent être pris en charge dans les conditions du présent titre, s'ils font l'objet d'une inscription spécifique sur la liste des produits et prestations remboursables.

2. Conditions de prise en charge

Pour être pris en charge par les organismes d'assurance maladie, les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine et les greffons tissulaires d'origine humaine doivent :

1 °- être inscrits à la nomenclature de la liste des produits et prestations remboursables.

2°- avoir fait l'objet d'une prescription médicale. Leur prise en charge n'est assurée que dans la limite des indications prévues par la liste des produits et prestations remboursables;

3°- répondre aux conditions particulières prévues dans chacun des chapitres ci-après.

Pour les dispositifs médicaux implantables, les implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et les greffons tissulaires d'origine humaine faisant l'objet d'une nomenclature détaillée et d'une tarification, seuls sont remboursables les éléments d'un de ces dispositifs listés et codés dans la liste des produits et prestations remboursables: aucun autre élément constitutif dudit dispositif ne peut être facturé en plus, notamment sous un autre code.

Pour les dispositifs médicaux implantables, les implants et les greffons, inscrits au présent titre III, la TVA est incluse dans le tarif de responsabilité fixé par la liste des produits et prestations remboursables.

Lorsque la nomenclature conditionne la prise en charge à une entente préalable, celle-ci répond aux dispositions de l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

Le titre III de la liste des produits et prestations remboursables se décompose en 4 chapitres :

Chapitre I : Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés.

Chapitre II : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant.

Chapitre III : Implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine.

Chapitre IV: Dispositifs médicaux implantables actifs.

Chapitre I. - Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés, répondant aux "Conditions générales" du présent titre et aux critères suivants:

1°- Ils doivent figurer sur la liste des produits et prestations remboursables.

2°- Ils doivent être livrés sous conditionnement stérile à l'exception de certains matériels d'ostéosynthèse et du rachis, (vis notamment) livrés en vrac et stérilisés directement par l'établissement de santé.

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Section 1. - Implant cardiaque et vasculaire

Sous-section 1 : Implant cardiaque

Valve cardiaque

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3158440 301A01.14	Valve cardiaque conduit valvé	457 184	457 184

Anneau valvulaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3106437 301A01.31	Anneau valvulaire cardiaque souple, sans armature	123 814	123 814
3136823 301A01.32	Anneau valvulaire cardiaque rigide ou semi-rigide, avec armature	142 385	142 385
3171200 301A01.33	Anneau valvulaire cardiaque incomplet, semi-rigide avec armature. Cet implant est dénommé « réducteur linéaire ».	46 216	46 216

Sous-section 2 : Implants vasculaires

Paragraphe 1 : Filtre vasculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127400 301A02.2	Implant vasculaire, filtre vasculaire temporaire ou définitif.	103 178	103 178

Paragraphe 3 : Endoprothèse carotidienne auto-expansible ou stent carotidien

La prise en charge est assurée pour :

- le traitement des sténoses athéroscléreuses symptomatiques (>50 %) : si le chirurgien juge la chirurgie contre-indiquée pour des raisons techniques ou anatomiques ou si les conditions médico-chirurgicales sont jugées à risque après discussion pluridisciplinaire avec notamment avis du chirurgien vasculaire et consultation neurologique ;

- le traitement des sténoses athéroscléreuses asymptomatiques ($\geq 60\%$) : les endoprothèses carotidiennes sont exceptionnellement indiquées si une revascularisation est jugée nécessaire au terme d'une discussion pluridisciplinaire au cours de laquelle le chirurgien juge l'intervention contre-indiquée. Cette décision devrait prendre en compte le risque naturel d'évolution de la maladie sous traitement médical optimal ;
- le traitement des sténoses radiales et post-chirurgicales.

L'utilisation des endoprothèses carotidiennes est réservée :

- à un opérateur ayant une expérience d'au moins 25 angioplasties avec stent de la carotide ;
- à des centres disposant des compétences pour pouvoir prendre en charge un accident vasculaire aigu ou disposant d'un accès à une unité spécialisée neurovasculaire. La salle interventionnelle doit disposer d'une angiographie numérisée avec capacités de soustraction, d'une table mobile et d'un arceau commandé par l'opérateur ainsi que du matériel d'anesthésie-réanimation. La présence d'un anesthésiste est recommandée ;
- aux centres participant au suivi exhaustif.

Il est souhaitable que les sociétés savantes mettent en place une formation sur les techniques d'angioplastie carotidienne.

La prise en charge est assurée pour les endoprothèses carotidiennes suivantes :

Société Abbott France (Abbott)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3175533	<p>Endoprothèse carotidienne, Abbott, RX ACCULINK.</p> <p>Endoprothèse carotidienne auto-expansible RX ACCULINK de la société ABBOTT France.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Version droite ou tubulaire :</p> <p>Longueur 20 mm : 1010126-20 (diam. 5 mm), 1010127-20 (diam. 6 mm), 1010128-20 (diam. 7 mm), 1010129-20 (diam. 8 mm), 1010130-20 (diam. 9 mm), 1010131-20 (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur 30 mm : 1010126-30 (diam. 5 mm), 1010127-30 (diam. 6 mm), 1010128-30 (diam. 7 mm), 1010129-30 (diam. 8 mm), 1010130-30 (diam. 9 mm), 1010131-30 (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur 40 mm : 1010126-40 (diam. 5 mm), 1010127-40 (diam. 6 mm), 1010128-40 (diam. 7 mm), 1010129-40 (diam. 8 mm), 1010130-40 (diam. 9 mm), 1010131-40 (diam. 10 mm).</p> <p>Version conique :</p> <p>Longueur 30 mm : 1010132-30 (diam. 6-8 mm), 1010133-30 (diam. 7-10 mm).</p> <p>Longueur 40 mm : 1010132-40 (diam. 6-8 mm), 1010133-40 (diam. 7-10 mm).</p>	119 850	119 850
3161689	<p>Endoprothèse carotidienne, ABBOTT, XACT.</p> <p>Endoprothèse carotidienne autoexpansible XACT de la société ABBOTT France.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Version droite : Longueur : 20 mm : XRX 020 07S (diam. 7 mm), XRX 020 08S (diam. 8 mm), XRX 020 09S (diam. 9 mm), XRX 020 10S (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur : 30 mm : XRX 030 07S (diam. 7 mm), XRX 030 08S (diam. 8 mm), XRX 030 09S (diam. 9 mm), XRX 030 10S (diam. 10 mm).</p> <p>Version conique :</p> <p>Longueur : 30 mm : XRX 030 08T (diam. 6-8 mm), XRX 030 09T (diam. 7-9 mm), XRX 030 10T (diam. 8-10 mm).</p> <p>Longueur 40 mm : XRX 040 08T (diam. 6-8 mm), XRX 040 09T (diam. 7-9 mm), XRX 040 10T (diam. 8-10 mm).</p>	119 850	119 850

Société Bard France SAS (Bard)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

Société Boston Scientific SA (Boston)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127445	Endoprothèse carotidienne, Boston, CAROTID WALLSTENT MONORAIL. Endoprothèse carotidienne auto-expansible CAROTID WALLSTENT MONORAIL de la société Boston Scientific SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H96SCH-647010 (diam. 6,0, L 22,0), H96SCH-647070 (diam. 8,0, L 21,0), H96SCH-647080 (diam. 8,0, L 29,0), H96SCH-647090 (diam. 8,0, L 36,0), H96SCH-647120 (diam. 10,0, L 24,0), H96SCH-647130 (diam. 10,0, L 31,0), H96SCH-647140 (diam. 10,0, L 37,0).	119 850	119 850

Société Cordis SAS (Cordis)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3172463	Endoprothèse carotidienne, Cordis, PRECISE PRO RX. Endoprothèse carotidienne auto-expansible PRECISE PRO RX de la société Cordis SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Longueur 20 mm : PC0520XCE (diam. 5 mm), PC0620XCE (diam. 6 mm), PC0720XCE (diam. 7 mm), PC0820XCE (diam. 8 mm), PC0920XCE (diam. 9 mm), PC1020XCE (diam. 10 mm). Longueur 30 mm : PC0530XCE (diam. 5 mm), PC0630XCE (diam. 6 mm), PC0730XCE (diam. 7 mm), PC0830XCE (diam. 8 mm), PC0930XCE (diam. 9 mm), PC1030XCE (diam. 10 mm). Longueur 40 mm : PC0540XCE (diam. 5 mm), PC0640XCE (diam. 6 mm), PC0740XCE (diam. 7 mm), PC0840XCE (diam. 8 mm), PC0940XCE (diam. 9 mm), PC1040XCE (diam. 10 mm).	119 850	119 850

Société Covidien France SAS (COVIDIEN)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

3126724	<p>Endoprothèse carotidienne, EV3, PROTÉGÉ RX.</p> <p>Endoprothèse carotidienne auto-expansible PROTÉGÉ RX de la société EV3 SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Endoprothèse droite :</p> <p>Longueur 20 mm : SEPX-6-20-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-20-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-20-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-20-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-20-135 (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur 30 mm : SEPX-6-30-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-30-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-30-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-30-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-30-135 (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur 40 mm : SEPX-6-40-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-40-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-40-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-40-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-40-135 (diam. 10 mm).</p> <p>Longueur 60 mm : SEPX-6-60-135 (diam. 6 mm), SEPX-7-60-135 (diam. 7 mm), SEPX-8-60-135 (diam. 8 mm), SEPX-9-60-135 (diam. 9 mm), SEPX-10-60-135 (diam. 10 mm).</p> <p>Endoprothèse anatomique :</p> <p>SEPX-8-6-30-135 (diam. 8-6 mm, L 30 mm), SEPX-8-6-40-135 (diam. 8-6 mm, L 40 mm), SEPX-10-7-30-135 (diam. 10-7 mm, L 30 mm), SEPX-10-7-40-135 (diam. 10-7 mm, L 40 mm).</p>	119 850	119 850
---------	---	---------	---------

Paragraphe 4 : Endoprothèses coronaires dites "stents"

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3142930	<p>Endoprothèse coronaire dite stent métallique nu non résorbable.</p> <p>La prise en charge est assurée, dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.</p> <p>La prise en charge est assurée dans les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre; - sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm; - sténoses de greffons veineux; - occlusions coronaires totales; - accidents aigus de l'angioplastie: dissections, occlusions. <p>Dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum, par artère, peuvent être prises en charge.</p>	77 550	77 550
3177696	<p>Endoprothèse coronaire dite stent couvert de PTFE.</p> <p>Endoprothèse coronaire dite stent couvert d'une membrane de polytétrafluoréthylène (PTFE).</p> <p>La prise en charge est assurée dans les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perforation et rupture d'une artère coronaire native; - rupture de pontage coronaire. <p>La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.</p>	112 800	112 800

A- Endoprothèse coronaire dite «stent» enrobé d'un produit sans action pharmacologique

La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris.

La prise en charge de ce stent est indiquée en cas de:

- sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre;
- sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm;
- sténoses de greffons veineux;
- occlusions coronaires totales;
- accidents aigus de l'angioplastie : dissections, occlusions.

Dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum par artère peuvent être prises en charge.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société Abbott France SA (Abbott)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

Société Biotronik France

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3191621	Endoprothèse coronaire dite «stent», inactif, Biotronik, PRO-KINETIC. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 352348, 352355, 352362, 352371, 352380, 352389, 352349, 352356, 352363, 352372, 352381, 352390, 352350, 352357, 352364, 352373, 352382, 352391, 352398, 352351, 352358, 352365, 352374, 352383, 352392, 352399, 352352, 352359, 352366, 352375, 352384, 352393, 352400, 352403, 352353, 352360, 352367, 352376, 352385, 352394, 352401, 352404, 352354, 352361, 352368, 352377, 352386, 352395, 352402, 352405, 352369, 352378, 352387, 352396, 352406, 352408, 352370, 352379, 352388, 352397, 352407, 352409.	77 550	77 550
3189340	Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, Biotronik, PRO-KINETIC ENERGY. Endoprothèse coronaire (stent) enrobée de carbure de silicium (produit sans action pharmacologique). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 360490, 360491, 360492, 360493, 360494, 360495, 360496, 360497, 360498, 360499, 360500, 360501, 360502, 360503, 360504, 360505, 360506, 360507, 360508, 360509, 360510, 360511, 360512, 360513, 360514, 360515, 360516, 360517, 360518, 360519, 360520, 360521, 360522, 360523, 360524, 360525, 360526, 360527, 360528, 360529, 360530, 360531, 360532, 360533, 360534, 360535, 360536, 360537, 360538, 360539, 360540, 360541, 360542, 360543, 360544, 360545, 360546, 360547, 360548, 360549, 360550, 360551, 360552, 360553, 360554 et 360555.	77 550	77 550

Société Cid Vascular SARL (CID)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104496	Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, CID, CARBOSTENT CHRONO. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICV8710, ICV8715, ICV8720, ICV8725, ICV8731, ICV8737, ICV8711, ICV8716, ICV8721, ICV8726, ICV8732, ICV8738, ICV8712, ICV8717, ICV8722, ICV8727, ICV8733, ICV8739, ICV8713, ICV8718, ICV8723, ICV8728, ICV8734, ICV8740, ICV8714, ICV8719, ICV8724, ICV8729, ICV8735, ICV8741, ICV8730, ICV8736, ICV8742, ICV8743, ICV8744, ICV8745, ICV8746, ICV8747.	77 550	77 550
3177472	Endoprothèse coronaire dite stent, inactif, CID, AVANTGARDE CHRONO CARBOSTENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ICV9601, ICV9602, ICV9603, ICV9604, ICV9605, ICV9606, ICV9607, ICV9608, ICV9609, ICV9610, ICV9611, ICV9612, ICV9613, ICV9614, ICV9615, ICV9616, ICV9617, ICV9618, ICV9619, ICV9620, ICV9621, ICV9622, ICV9623, ICV9624, ICV9625, ICV9626, ICV9627, ICV9628, ICV9629, ICV9630, ICV9631, ICV9632, ICV9633, ICV9634, ICV9635, ICV9636, ICV9637, ICV9638.	77 550	77 550

Société Hexacath France (Hexacath)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3180468	<p>Endoprothèse coronaire dite " stent ", Hexacath, HELISTENT TITAN 2.</p> <p>Endoprothèse coronaire dite " stent ", enrobée d'oxynitride de titane sans action pharmacologique, HELISTENT TITAN 2, de la société Hexacath France.</p> <p>La prise en charge est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sténoses courtes (< 20 mm) des vaisseaux coronaires, quel qu'en soit le diamètre ; - sténoses longues (de 20 à 40 mm) sur des vaisseaux de diamètre supérieur ou égal à 3 mm ; - sténoses de greffons veineux ; - occlusions coronaires totales ; - accidents aigus de l'angioplastie : dissections, occlusions. <p>La prise en charge est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artère, système de pose compris. - dans le cas de dissection occlusive aiguë d'une artère, trois unités au maximum par artère peuvent être prises en charge. <p>La prise en charge est assurée pour les modèles suivants :</p> <p>LICM 2.0-7 STI2, LICM 2.0-10 STI2, LICM 2.0-13 STI2, LICM 2.25-7 STI2, LICM 2.25-10 STI2, LICM 2.25-13 STI2, LICM 2.5-7 STI2, LICM 2.5-10 STI2, LICM 2.5-13 STI2, LICM 2.5-16 STI2, LICM 2.5-19 STI2, LICM 2.5-22 STI2, LICM 2.5-28 STI2, LICM 2.75-STI2, LICM 2.75-10 STI2, LICM 2.75-13 STI2, LICM 2.75-16 STI2, LICM 2.75-19 STI2, LICM 2.75-22 STI2, LICM 2.75-28 STI2, LICM 3.0-7 STI2, LICM 3.0-10 STI2, LICM 3.0-13 STI2, LICM 3.0-16 STI2, LICM 3.0-19 STI2, LICM 3.0-22 STI2, LICM 3.0-28 STI2, LICM 3.0-38 STI2, LICM 3.5-7 STI2, LICM 3.5-10 STI2, LICM 3.5-13 STI2, LICM 3.5-16 STI2, LICM 3.5-19 STI2, LICM 3.5-22 STI2, LICM 3.5-28 STI2, LICM 3.5-38 STI2, LICM 4.0-10 STI2, LICM 4.0-13 STI2, LICM 4.0-16 STI2, LICM 4.0-19 STI2, LICM 4.0-22 STI2, LICM 4.0-28 STI2, LICM 4.0-38 STI2, LICM 4.5-13 STI2, LICM 4.5-16 STI2, LICM 4.5-19 STI2, LICM 5.0-13 STI2, LICM 5.0-16 STI2, LICM 5.0-19 STI2.</p>	119 850	119 850
---------	--	---------	---------

**B- Endoprothèse coronaire dite "stent" à libération (lib.) contrôlée (LC) de principe actif
BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI**

La prise en charge des stents à libération de principe actif BIOMATRIX, BIOMATRIX FLEX, ENDEAVOR, ENDEAVOR SPRINT, ENDEAVOR RESOLUTE et NOBORI est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.

Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- en cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Société BIOSENSORS France SAS (BIOSENSORS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127630	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2208, BMXT-2211, BMXT-2214, BMXT-2218, BMXT-2224, BMXT-2228.	155 100	155 100
3186778	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2508, BMXT-2511, BMXT-2514, BMXT-2518, BMXT-2524, BMXT-2528.	155 100	155 100
3173439	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 2,75 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-2708, BMXT-2711, BMXT-2714, BMXT-2718, BMXT-2724, BMXT-2728.	155 100	155 100
3168036	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3008, BMXT-3011, BMXT-3014, BMXT-3018, BMXT-3024, BMXT-3028.	155 100	155 100

3133523	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3208, BMXT-3211, BMXT-3214, BMXT-3218, BMXT-3224, BMXT-3228.	155 100	155 100
3112811	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 3,5 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-3508, BMXT-3511, BMXT-3514, BMXT-3518, BMXT-3523, BMXT-3528.	155 100	155 100
3143846	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX, DIAM 4,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX de diamètre 4 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMXT-4008, BMXT-4011, BMXT-4014, BMXT-4018, BMXT-4023, BMXT-4028.	155 100	155 100
3104941	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,25 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,25 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2208, BMX-2211, BMX-2214, BMX- 2218, BMX-2224, BMX-2228.	130 425	130 425
3165026	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2508, BMX-2511, BMX-2514, BMX- 2518, BMX-2524, BMX-2528, BMX-2533, BMX-2536.	130 425	130 425
3128841	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 2,75 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 2,75mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-2708, BMX-2711, BMX-2714, BMX- 2718, BMX-2724, BMX-2728, BMX-2733, BMX-2736.	130 425	130 425
3170783	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3008, BMX-3011, BMX-3014, BMX- 3018, BMX-3024, BMX-3028, BMX-3033, BMX-3036.	130 425	130 425
3118475	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 3,50 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 3,50 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-3508, BMX-3511, BMX-3514, BMX- 3518, BMX-3524, BMX-3528, BMX-3533, BMX-3536.	130 425	130 425
3165799	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, BIOSENSORS, BIOMATRIX FLEX, 4,00 mm. Stent à libération de biolimus BIOMATRIX FLEX de diamètre 4,00 mm, de la société BIOSENSORS Int. France SARL. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : BMX-4008, BMX-4011, BMX-4014, BMX- 4018, BMX-4024, BMX-4028.	130 425	130 425

Société Medtronic France SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3192856	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,25 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : EN22508X, EN22512X, EN22514X, EN22518X, EN22524X et EN22530X.	172 020	172 020
3138851	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,5 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN25008X, EN25012X, EN25014X, EN25018X, EN25024X et EN25030X.	172 020	172 020
3161519	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 2,75 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : EN27508X, EN27512X, EN27514X, EN27518X, EN27524X et EN27530X.	172 020	172 020
3104160	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,0 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN30009X, EN30012X, EN30015X, EN30018X, EN30024X et EN30030X.	172 020	172 020
3199574	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 3,5 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : EN35009X, EN35012X, EN35015X, EN35018X, EN35024X et EN35030X.	172 020	172 020
3196601	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR, DIAM 4,0 mm. Stend à libération de zotarolimus ENDEAVOR de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : EN40009X, EN40012X, EN40015X, EN40018X, EN40024X et EN40030X.	172 020	172 020
3162973	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,25 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : NSP225008X, ENSP22512X, ENSP22514X, ENSP22518X, ENSP22524X, ENSP22530X.	172 020	172 020
3196759	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,5 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP25008X, ENSP25012X, ENSP25014X, ENSP25018X, ENSP25024X, ENSP25030X.	172 020	172 020

3191986	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 2,75 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP27508X, ENSP27512X, ENSP27514X, ENSP27518X, ENSP27524X, ENSP27530X.	172 020	172 020
3181278	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,0 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP30009X, ENSP30012X, ENSP30015X, ENSP30018X,	172 020	172 020
3149978	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, diam. 3,5 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 3,5 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP35009X, ENSP35012X, ENSP35015X, ENSP35018X, ENSP35024X, ENSP35030X.	172 020	172 020
3160589	Endoprot coro, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR Sprint RX, DIAM 4,0 mm. Endoprothèse coronaire, Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR Sprint RX de diamètre nominale de 4,0 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENSP40009X, ENSP40012X, ENSP40015X, ENSP40018X, ENSP40024X, ENSP40030X.	172 020	172 020

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3103976	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,25 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES22508X, ERES22512X, ERES22514X, ERES22518X, ERES22524X, ERES22530X.	130 425	130 425
3108927	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,5 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES25008X, ERES25012X, ERES25014X, ERES25018X, ERES25024X, ERES25030X.	130 425	130 425
3132593	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 2,75 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES27508X, ERES27512X, ERES27514X, ERES27518X, ERES27524X, ERES27530X.	130 425	130 425

3126405	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,0 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES30009X, ERES30012X, ERES30015X, ERES30018X, ERES30024X, ERES30030X, ERES30038X	130 425	130 425
3113360	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 3,5 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES35009X, ERES35012X, ERES35015X, ERES35018X, ERES35024X, ERES35030X, ERES35038X	130 425	130 425
3126730	Endoprot coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, ENDEAVOR RESOLUTE, 4,0 mm. Stent à libération de zotarolimus ENDEAVOR RESOLUTE de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références : ERES40009X, ERES40012X, ERES40015X, ERES40018X, ERES40024X, ERES40030X, ERES40038X.	130 425	130 425

Laboratoires Terumo France SA (Terumo)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3169188	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,25 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,25 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2208SM, DE-RA2214SM, DE-RA2218SM, DE-RA2224SM et DE-RA2228SM.	130 425	130 425
3158109	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,50 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2508SM, DE-RA2514SM, DE-RA2518SM, DE-RA2524SM et DE-RA2528SM.	155 100	155 100
3136177	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 2,75 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA2708SM, DE-RA2714SM, DE-RA2718SM, DE-RA2724SM et DE-RA2728SM.	155 100	155 100
3196096	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3008SM, DE-RA3014SM, DE-RA3018SM, DE-RA3024SM et DE-RA3028SM.	155 100	155 100

3166014	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 3,5 mm, de la société TERUMO France SA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA3508LM, DE-RA3514LM, DE-RA3518LM, DE-RA3524LM, DE-RA3528LM.	155 100	155 100
3138443	Endoprothèse coronaire, stent lib. biolimus, TERUMO, NOBORI, diamètre 4,00 mm. Stent à libération de biolimus NOBORI de diamètre 4,00 mm, de la société TERUMO France SA La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DE-RA4008LM, DE-RA4014LM, DE-RA4018LM, DE-RA4024LM et DE-RA4028LM.	130 425	130 425

PROMUS, PROMUS ELEMENT et PROMUS ELEMENT LONG

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif PROMUS, PROMUS ELEMENT, PROMUS ELEMENT LONG, PROMUS ELEMENT PLUS et PROMUS PREMIER est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée, après concertation pluridisciplinaire des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX), pour le traitement de certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé.

Sont exclus une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Boston Scientific SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3176047	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953208B0, H749100953212B0, H749100953215B0, H749100953218B0, H749100953223B0 et H749100953228B0.	130 425	130 425
3186809	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952708B0, H749100952712B0, H749100952715B0, H749100952718B0, H749100952723B0, H749100952728B0.	130 425	130 425
3179991	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952808B0, H749100952812B0, H749100952815B0, H749100952818B0, H749100952823B0, H749100952828B0.	130 425	130 425
3110999	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100952908B0, H749100952912B0, H749100952915B0, H749100952918B0, H749100952923B0, H749100952928B0.	130 425	130 425
3118021	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953008B0, H749100953012B0, H749100953015B0, H749100953018B0, H749100953023B0, H749100953028B0.	172 020	172 020
3147809	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, BOSTON, PROMUS, DIAM 4,0 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H749100953108B0, H749100953112B0, H749100953115B0, H749100953118B0, H749100953123B0, H749100953128B0.	172 020	172 020
3134988	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308220, H7493911312220, H7493911316220, H7493911320220, H7493911324220, H7493911328220 et H7493911332220.	172 020	172 020

3107081	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308250, H7493911312250, H7493911316250, H7493911320250, H7493911324250, H7493911328250 et H7493911332250.	172 020	172 020
3119747	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308270, H7493911312270, H7493911316270, H7493911320270, H7493911324270 et H7493911328270 et H7493911332270.	172 020	172 020
3131961	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308300, H7493911312300, H7493911316300, H7493911320300, H7493911324300, H7493911328300 et H7493911332300.	172 020	172 020
3199634	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 3,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308350, H7493911312350, H7493911316350, H7493911320350, H7493911324350, H7493911328350 et H7493911332350.	172 020	172 020
3115643	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493911308400, H7493911312400, H7493911316400, H7493911320400, H7493911324400, H7493911328400 et H7493911332400.	130 425	130 425
3123654	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338250.	130 425	130 425
3134712	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 2,75 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338270.	130 425	130 425
3150763	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338300.	130 425	130 425
3190165	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 3,50 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 3,50 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338350.	130 425	130 425
3118883	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT LONG, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT LONG de diamètre nominal de 4,00 mm. Seule est prise en charge la référence suivante : H7493911338400.	130 425	130 425

TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif TAXUS LIBERTE, TAXUS LIBERTE LONG et RESOLUTE INTEGRITY est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée dans le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Elle est également assurée dans certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :

- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;

- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;

- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX).

Sont exclus les patients présentant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé ; les lésions présentant des calcifications ne pouvant être pré dilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée.

La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est d'1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre 6 et 12 mois.

En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre 6 et 12 mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales ;

- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée) ;

- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires, notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Boston Scientific SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3164618	Endoprot. coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408220, H7493894012220, H7493894016220, H7493894020220, H7493894024220, H7493894028220, H7493894032220.	172 020	172 020
3147790	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,5 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408250, H7493894012250, H7493894016250, H7493894020250, H7493894024250, H7493894028250, H7493894032250.	172 020	172 020
3134669	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408270, H7493894012270, H7493894016270, H7493894020270, H7493894024270, H7493894028270, H7493894032270.	172 020	172 020
3147867	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,0 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408300, H7493894012300, H7493894016300, H7493894020300, H7493894024300, H7493894028300, H7493894032300.	172 020	172 020
3168190	Endoprothèse coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 3,5 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ. Seules sont prises en charge les références H749389408350, H7493894012350, H7493894016350, H7493894020350, H7493894024350, H7493894028350, H7493894032350.	172 020	172 020
3130192	Endoprot. coronaire, stent à lib. de paclitaxel, Boston, TAXUS LIB, DIAM 4,0 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ diamètre 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références H749389408400, H7493894012400, H7493894016400, H7493894020400, H7493894024400, H7493894028400, H7493894032400.	172 020	172 020
3133486	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 2,75 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038270.	172 020	172 020
3108293	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,00 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038300.	172 020	172 020
3181284	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 3,50 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038350.	172 020	172 020
3164529	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS LIB.LONG, DIAM 4,00 mm. Stent à libération de paclitaxel TAXUS LIBERTÉ LONG. Seule est prise en charge la référence H7493894038400.	172 020	172 020

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3175148	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,25 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT22508X, RSINT22512X, RSINT22514X, RSINT22518X, RSINT22522X, RSINT22526X et RSINT22530X.	130 425	130 425
3102072	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,5 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT25008X, RSINT25012X, RSINT25014X, RSINT25018X, RSINT25022X, RSINT25026X et RSINT25030X.	130 425	130 425
3138822	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 2,75 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT27508X, RSINT27512X, RSINT27514X, RSINT27518X, RSINT27522X, RSINT27526X et RSINT27530X.	130 425	130 425
3124352	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 3,5 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT35009X, RSINT35012X, RSINT35015X, RSINT35018X, RSINT35022X, RSINT35026X, RSINT35030X, RSINT35034X et RSINT35038X.	130 425	130 425
3125943	Endoprothèse coronaire, stent lib. zotarolimus, Medtronic, RESOLUTE INTEGRITY, 4 mm. Stent à libération de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références : RSINT40009X, RSINT40012X, RSINT40015X, RSINT40018X, RSINT40022X, RSINT40026X, RSINT40030X, RSINT40034X et RSINT40038X.	130 425	130 425

CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif CYPHER SELECT PLUS et TAXUS ELEMENT est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

Indications prises en charge :

Traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions de novo des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale pour le traitement de :

- l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable ;
- la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) ;
- certaines lésions pluritronculaires de novo des artères coronaires natives (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est très élevé après discussion médico-chirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale.

Sont exclus les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses coronaires à libération de principe actif.

Conditions de prescription et d'utilisation :

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum). Dans les lésions pluritronculaires, la prise en charge est au maximum de 3 stents par patient.

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de 12 mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les 12 mois) ;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée).

En cas d'actes chirurgicaux survenant dans l'année suivant la pose d'un stent, concertation pluridisciplinaire entre opérateur, anesthésiste et cardiologue sur la conduite à tenir avec bilan préopératoire et modalités de prise en charge (avec information au patient).

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3111705	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,25 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,25 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508220, H7493902512220, H7493902516220, H7493902520220, H7493902524220, H7493902528220, H7493902532220.	130 425	130 425

3116424	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 2,50 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,50 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508250, H7493902512250, H7493902516250, H7493902520250, H7493902524250, H7493902528250, H7493902532250, H7493902538250.	130 425	130 425
3146187	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston TAXUS ELEM, DIAM 2,75 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 2,75 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508270, H7493902512270, H7493902516270, H7493902520270, H7493902524270, H7493902528270, H7493902532270, H7493902538270.	130 425	130 425
3166764	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508300, H7493902512300, H7493902516300, H7493902520300, H7493902524300, H7493902528300, H7493902532300, H7493902538300.	130 425	130 425
3153098	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 3,50 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 3,50 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508350, H7493902512350, H7493902516350, H7493902520350, H7493902524350, H7493902528350, H7493902532350, H7493902538350.	130 425	130 425
3108695	Endoprothèse coronaire, stent lib. paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902508400, H7493902512400, H7493902516400, H7493902520400, H7493902524400, H7493902528400, H7493902532400, H7493902538400	130 425	130 425
3167700	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 4,5 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 4,5 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512450, H7493902516450, H7493902520450, H7493902524450, H7493902528450, H7493902532450.	130 425	130 425
3126055	Endoprothèse coronaire, stent à libération paclitaxel, Boston, TAXUS ELEM, DIAM 5,00 mm. Endoprothèse coronaire, stent à libération de paclitaxel TAXUS ELEMENT diamètre 5,00 mm de la société Boston Scientific SAS. Seules sont prises en charge les références : H7493902512500, H7493902516500, H7493902520500, H7493902524500, H7493902528500, H7493902532500.	130 425	130 425

XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION, PROMUS ELEMENT et PROMUS PREMIER

Société ABBOTT FRANCE (ABBOTT)

La prise en charge des stents à libération contrôlée de principe actif XIENCE V, XIENCE PRIME, XIENCE XPEDITION est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :

Indications :

- traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions >15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques);
- certains cas d'insuffisance coronaire nécessitant une concertation pluridisciplinaire impliquant une équipe médico-chirurgicale :
- traitement de certaines lésions pluritronculaires *de novo* des artères coronaires natives (lésions>15 mm, diamètre du vaisseau atteint <3 mm ou chez les patients diabétiques) accessibles à l'angioplastie et lorsque le risque chirurgical est élevé après discussion médicochirurgicale des alternatives de revascularisation en tenant compte des facteurs de risque évalués (Euroscore et score SYNTAX);
- traitement de la sténose du tronc commun gauche non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée après discussion médico-chirurgicale;
- traitement de l'occlusion coronaire totale (au-delà de 72 heures) dans la situation où il y a preuve de l'ischémie et lorsque la lésion apparaît franchissable avec un taux de succès raisonnable;
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent nu (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- traitement de la première resténose intrastent clinique de stent actif concernant des lésions de plus de 10 mm de longueur (c'est-à-dire réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère);
- sont exclues les patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes;
- sont également exclues les lésions présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle;
- en l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation, et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Modalités de prescription et d'utilisation :

La durée recommandée de la bithérapie antiplaquettaire après pose d'un stent actif est comprise entre six et douze mois.

En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire entre six et douze mois (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales;
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Société Abbott France (Abbott)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3124955	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009532-08, 1009532-12, 1009532-15, 1009532-18, 1009532-23, 1009532-28.	130 425	130 425
3121260	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009527-08, 1009527-12, 1009527-15, 1009527-18, 1009527-23, 1009527-28.	130 425	130 425
3133931	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009528-08, 1009528-12, 1009528-15, 1009528-18, 1009528-23, 1009528-28.	130 425	130 425
3147784	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009529-08, 1009529-12, 1009529-15, 1009529-18, 1009529-23, 1009529-28.	130 425	130 425
3154761	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009530-08, 1009530-12, 1009530-15, 1009530-18, 1009530-23, 1009530-28.	130 425	130 425
3145816	Endoprothèse coronaire, stent lib. d'everolimus, ABBOTT, XIENCE V, DIAM 4,0 m. Stent à libération d'everolimus XIENCE V de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1009531-08, 1009531-12, 1009531-15, 1009531-18, 1009531-23, 1009531-28.	130 425	130 425
3197730	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011706-08, 1011706-12, 1011706-15, 1011706-18, 1011706-23, 1011706-28.	130 425	130 425
3150510	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011707-08, 1011707-12, 1011707-15, 1011707-18, 1011707-23, 1011707-28, 1011707-33, 1011707-38.	130 425	130 425
3186666	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011708-08, 1011708-12, 1011708-15, 1011708-18, 1011708-23, 1011708-28, 1011708-33 et 1011708-38.	130 425	130 425
3113288	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,00 mm. Stend à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011709-08, 1011709-12, 1011709-15, 1011709-18, 1011709-23, 1011709-28, 1011709-33, 1011709-38.	130 425	130 425

3119581	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 3,50 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011710-08, 1011710-12, 1011710-15, 1011710-18, 1011710-23, 1011710-28, 1011710-33, 1011710-38.	130 425	130 425
3165670	Endoprothèse coronaire, stent lib. everolimus, ABBOTT, XIENCE PRIME, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE PRIME de diamètre nominal de 4 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1011711-08, 1011711-12, 1011711-15, 1011711-18, 1011711-23, 1011711-28, 1011711-33, 1011711-38.	130 425	130 425
3186844	Endopot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070225-08, 1070225-12, 1070225-15, 1070225-18, 1070225-23 et 1070225-28	130 425	130 425
3164624	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070250-08, 1070250-12, 1070250-15, 1070250-18, 1070250-23, 1070250-28, 1070250-33 et 1070250-38	130 425	130 425
3115175	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070275-08, 1070275-12, 1070275-15, 1070275-18, 1070275-23, 1070275-28, 1070275-33 et 1070275-38	130 425	130 425
3180600	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070300-08, 1070300-12, 1070300-15, 1070300-18, 1070300-23, 1070300-28, 1070300-33 et 1070300-38	130 425	130 425
3104881	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,25 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070325-08, 1070325-12, 1070325-15, 1070325-18, 1070325-23, 1070325-28, 1070325-33 et 1070325-38	130 425	130 425
3152779	Endoprot coronaire, stent lib d'everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 3,5 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 3,5 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070350-08, 1070350-12, 1070350-15, 1070350-18, 1070350-23, 1070350-28, 1070350-33 et 1070350-38	130 425	130 425
3165173	Endoprot coronaire, stent lib everolimus, ABBOTT, XIENCE XPEDITION, DIAM 4,0 mm. Stent à libération d'everolimus XIENCE XPEDITION de diamètre nominal de 4,0 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : 1070400-08, 1070400-12, 1070400-15, 1070400-18, 1070400-23, 1070400-28, 1070400-33 et 1070400-38	130 425	130 425

3103864	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,25 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408220, H7493918412220, H7493918416220, H7493918420220, H7493918424220, H7493918428220 et H7493918432220.	130 425	130 425
3150421	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408250, H7493918412250, H7493918416250, H7493918420250, H7493918424250, H7493918428250, H7493918432250 et H7493918438250.	130 425	130 425
3135960	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 2,75 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408270, H7493918412270, H7493918416270, H7493918420270, H7493918424270, H7493918428270, H7493918432270 et H7493918438270.	130 425	130 425
3192164	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408300, H7493918412300, H7493918416300, H7493918420300, H7493918424300, H7493918428300, H7493918432300 et H7493918438300.	130 425	130 425
3145294	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 3,50 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 3,50 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408350, H7493918412350, H7493918416350, H7493918420350, H7493918424350, H7493918428350, H7493918432350 et H7493918438350.	130 425	130 425
3164392	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS ELEMENT PLUS, DIAM 4,00 mm Stent à libération d'everolimus PROMUS ELEMENT PLUS de diamètre nominal de 4,00 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : H7493918408400, H7493918412400, H7493918416400, H7493918420400, H7493918424400, H7493918428400, H7493918432400 et H7493918438400.	130 425	130 425
3171950	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,25 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,25 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108220 ; H7493925112220 ; H7493925116220 ; H7493925120220 ; H7493925124220 ; H7493925128220 ; H7493925132220.	130 425	130 425
3121388	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108250 ; H7493925112250 ; H7493925116250 ; H7493925120250 ; H7493925124250 ; H7493925128250 ; H7493925132250 ; H7493925138250.	130 425	130 425

3125469	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 2,75 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 2,75 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108270 ; H7493925112270 ; H7493925116270 ; H7493925120270 ; H7493925124270 ; H7493925128270 ; H7493925132270 ; H7493925138270.	130 425	130 425
3140894	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 3,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108300 ; H7493925112300 ; H7493925116300 ; H7493925120300 ; H7493925124300 ; H7493925128300 ; H7493925132300 ; H7493925138300.	130 425	130 425
3168289	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 3,50 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 3,50 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108350 ; H7493925112350 ; H7493925116350 ; H7493925120350 ; H7493925124350 ; H7493925128350 ; H7493925132350 ; H7493925138350.	130 425	130 425
3133865	Endoprot. coronaire, stent lib. everolimus, BOSTON, PROMUS PREMIER, DIAM 4,00 mm. Stent à libération d'everolimus PROMUS PREMIER de diamètre nominal de 4,00 mm. Seules sont prises en charge les références suivantes : H7493925108400 ; H7493925112400 ; H7493925116400 ; H7493925120400 ; H7493925124400 ; H7493925128400 ; H7493925132400 ; H7493925138400.	130 425	130 425

ORSIRO

Société Biotronik France SAS (Biotronik)

La prise en charge des stents à libération de principe actif Orsiro est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée pour le traitement de l'insuffisance coronaire imputable à des lésions *de novo* des artères coronaires natives chez certains sous-groupes de patients à haut risque de resténose (lésions > 15 mm, diamètre du vaisseau atteint < 3 mm ou chez les patients diabétiques).

Sont exclus les patients ayant un infarctus du myocarde datant de moins de 72 heures, une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30%, une intolérance au traitement antiagrégant plaquettaire, à l'héparine, au métal composant la plate-forme du stent ou au produit de contraste angiographique et les femmes enceintes.

Sont également exclues les sténoses du tronc commun gauche non protégé, les lésions pluritrunculaires ou celles présentant des calcifications ne pouvant être prédilatées par ballon ou athérectomie rotationnelle.

En l'absence de validation clinique, les lésions de bifurcation et les sténoses de l'interventriculaire antérieure proximale ne constituent pas à elles seules des situations où une endoprothèse coronaire à libération de principe actif puisse être indiquée. La sténose de greffons veineux n'est pas une indication à l'emploi des endoprothèses à libération de principe actif.

Le nombre maximal d'unités prises en charge est de 1 stent par patient sauf en cas de dissection occlusive aiguë (3 unités par patient peuvent être prises en charge, au maximum).

La durée minimale de la bithérapie antiplaquettaire recommandée est de douze mois. En raison de la nécessité de la bithérapie antiplaquettaire, l'intérêt thérapeutique des stents actifs est reconnu sous réserve que les conditions suivantes soient respectées :

- information au préalable des patients sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an (observance au traitement antiagrégant plaquettaire) et sur la difficulté de bénéficier des conditions chirurgicales (absence de chirurgie programmée dans les douze mois);
- attribution systématique d'une carte au patient précisant le nom, la date de pose du stent et du traitement antiagrégant plaquettaire à suivre (avec sa durée souhaitée);
- concertation pluridisciplinaire incluant l'anesthésiste, le chirurgien et le cardiologue pour valider toutes décisions d'arrêt ou de maintien des agents antiagrégants plaquettaires notamment en cas d'intervention chirurgicale (le risque thrombotique est majeur par effet rebond en cas d'arrêt du traitement). L'arrêt temporaire des antiagrégants plaquettaires expose à un risque accru d'événement vasculaire et doit faire l'objet d'une réflexion sur le bénéfice/risque et la date de reprise du traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195843	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,25mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,25 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364469, 364475, 364481, 364487, 364499, 364505, 364511, 391234 et 391238.	123 375	123 375
3139655	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,50mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: 364470, 364476, 364482, 364488, 364500, 364506, 364512, 391235 et 391239.	123 375	123 375
3116507	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 2,75 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 2,75 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364471, 364477, 364483, 364489, 364501, 364507, 364513, 391236 et 391240.	123 375	123 375
3168384	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,00 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364472, 364478, 364484, 364490, 364502, 364508, 364514, 391237 et 391241.	123 375	123 375
3148588	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 3,50 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 3,50 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364473, 364479, 364485, 364491, 364503, 364509, 364515, 391018 et 391020.	123 375	123 375
3164825	Endoprothèse coronaire, stent lib. sirolimus, Biotronik, Orsiro, diam. 4,00 mm. Stent à libération de sirolimus Orsiro de diamètre 4,00 mm, de la société Biotronik France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 364474, 364480, 364486, 364492, 364504, 364510, 364516, 391019 et 391021.	123 375	123 375

Paragraphe 5 : Endoprothèses aortiques, rénales, iliaques, fémorales, veineuses (veines innominées, veine cave supérieure) des lésions de l'artère poplitée et des artères sous-poplitées et fémoro-poplitées

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3183194 301A02.42	<p>Implant endovasculaire dit stent, aortique, rénal, iliaque ou fémoral.</p> <p>La prise en charge est assurée pour lésions artérielles aortiques, rénales, iliaques ou fémorales, quel qu'en soit le type, système de pose compris.</p> <p>La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité au maximum, par artère, à l'exception du traitement des sténoses de l'artère iliaque primitive où deux stents au maximum peuvent être pris en charge.</p> <p>Elle est assurée pour les lésions des artères aortiques, iliaques et fémorales, dans les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dissections après dilatations; - resténoses; - dilatations insuffisantes après échec de dilatation par sonde à ballonnet; - occlusions non aiguës; - fistules artério-veineuses traumatiques; - traumatismes vasculaires. <p>La prise en charge est assurée pour les lésions des artères rénales, dans les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les lésions ostiales athéromateuses; - les dissections après angioplastie. 	118 654	118 654

A- Endoprothèses aortiques pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale

La prise en charge est assurée pour les endoprothèses aortiques suivantes.

Société Endologix

Indications :

Anévrismes de l'aorte abdominale, quel que soit le risque chirurgical, tels que définis ci-dessous :

- AAA sous-rénal asymptomatique, dont le plus grand diamètre est supérieur à 5 cm ou a augmenté de 1 cm en 1 an, quel que soit la technique adoptée;
- AAA symptomatique ou compliqué quelle que soit sa taille;
- malgré l'absence de données scientifiques, il est possible de traiter un AAA sacciforme évolutif, dont le plus grand diamètre est inférieur à 5 cm. Le traitement ne sera proposé à un patient qu'à la condition que les critères anatomiques suivants soient respectés :
- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures;
- collet proximal à bords parallèles : > 15 mm;
- angle du collet proximal :
- < 40° ; ou

- compris entre 40° et 60°, à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

La mise en place d'une endoprothèse de l'aorte abdominale ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s), y compris l'artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'implantation de l'endoprothèse POWERLINK doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la HAS/ANSM incluant, entre autres :

- la nécessité d'informer les patients des avantages et les inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA.

Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens;

- l'environnement opératoire: la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio- chirurgicale est recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique

(traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiqués ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des 6 premiers implants.

La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du «Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale».

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124553	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, monocorps bifurqué aortobifémoral. Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : Références infra-rénales : 25-16-135 BL, 25-16-140 BL, 25-16-155 BL, 28-16-135 BL, 28-16-140 BL, 28-16-155 BL, 25-16-120 BL, 28-16-120 BL. Références supra-rénales : 22-13-100 BL, 25-13-100 BL, 28-13-100 BL, 22-13-120 BL, 25-13-120 BL, 28-13-120 BL, 22-13-140 BL, 25-13-140 BL, 28-13-140 BL, 22-16-100 BL, 25-16-100 BL, 28-16-100 BL, 22-16-100 BLs, 25-16-100 BLs, 28-16-100 BLs, 22-16-120 BLs, 25-16-120 BLs, 28-16-120 BLs, 22-16-120 BL, 22-16-140 BL.	822 171	822 171
3135798	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension aortique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de corps (aortique) infra-rénale : 25-25-55 L, 25-25-75 L, 28-28-55 L, 28-28-75 L, 34-34-80 L Extension de corps (aortique) supra-rénale : 25-25-75 RL, 25-25-95 RL, 28-28-75 RL, 28-28-95 RL, 34-34-100 RL	158 907	158 907

	Références infra-rénales : 25-25-95L, 28-28-95L, 34-34-100L, 34-34-80LE, 34-34-100LE Références supra-rénales : 25-25-115RL, 28-28-115RL, 34-34-120RL, 25-25-75RLE, 25-25-95RLE, 25-25-115RLE, 28-28-75RLE, 28-28-95RLE, 28-28-115RLE, 34-34-100RLE, 34-34-120RLE .		
3105188	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, extension iliaque. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : 16-16-88 L, 16-16-55 L, 20-20-55 L ; 16-16-55FL, 20-13-70FL, 20-13-88FL, 20-20-55FL, 20-25-55S, 20-25-65S, 20-25-65F .	158 907	158 907
3153974	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK AFX, monocorps bifurqué aortobifémoral. Endoprothèse aortique bifurquée avec jambages intégrés côté homolatéral et controlatéral. La prise en charge est assurée pour les références infra-rénales et supra-rénales suivantes : BA22-60/I13-40, BA22-80/I13-40, BA22-100/I13-40, BA22-70/I16-30, BA22-60/I16-40, BA22-90/I16-30, BA22-80/I16-40, BA22-100/I16-40, BA25-60/I13-40, BA25-80/I13-40, BA25-100/I13-40, BA25-70/I16-30, BA25-60/I16-40, BA25-90/I16-30, BA25-80/I16-40, BA25-80/I16-55, BA25-100/I16-40, BA25-100/I16-55, BA28-60/I13-40, BA28-80/I13-40, BA28-100/I13-40, BA28-70/I16-30, BA28-60/I16-40, BA28-90/I16-30, BA28-80/I16-40, BA28-80/I16-55, BA28-100/I16-40, BA28-100/I16-55, BA22-70/I20-30, BA22-80/I20-40, BA22-90/I20-30, BA25-110/I20-30, BA25-120/I20-40, BA25-70/I20-30, BA25-80/I20-40, BA25-90/I20-30, BA28-70/I20-30, BA28-80/I20-40, BA28-90/I20-30.	822 171o	822 171
3136668	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension aortique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : A25-25/C55, A25-25/C75, A25-25/C55-O20, A25-25/C95, A25-25/C75-O20, A25-25/C95-O20, A28-28/C55, A28-28/C75, A28-28/C55-O20, A28-28/C95, A28-28/C75-O20, A28-28/C95-O20, A34-34/C80, A34-34/C100, A34-34/C80-O20, A34-34/C100-O20.	158 907	158 907
3168272	Endoprothèse aortique, ENDOLOGIX, POWERLINK, AFX, extension iliaque. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Extension de jambe (iliaque) : I16-16/C55, I16-16/C55F, I16-16/C88, I20-13/C70F, I20-13/C88F, I20-20/C55, I20-20/C55F, IS20-25/C55, IF20-25/C65, IS20-25/C65, I16-16/C88SA, IS20-25/C55SA, IF20-25/C65SA, I16-16/C55FSA, I20-13/C70FSA, I20-13/C88FSA, I20-20/C55FSA	158 907	158 907

Société Medtronic France SAS (MF SAS)

La prise en charge de l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelant Hydro (HDS) est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants :

- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles > 15 mm ;
- angle du collet proximal : < 40° ou compris entre 40° et 60°, à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque) et les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisés.

La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s) y compris l'artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

L'implantation de l'endoprothèse TALENT LPS avec système de pose Xcelarent Hydro (HDS) doit être réalisée conformément aux recommandations émises par la HAS et l'ANSM incluant, entre autres :

- la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens ;
- l'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants ;
- la surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet.

Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3136131	<p>Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, corps bifurqué + jambage.</p> <p>Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelarent Hydro (HDS), corps bifurqué + jambage (ou branche iliaque controlatérale) de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>AF2412C140AXH, AF2414C140AXH, AF2612C140AXH, AF2614C140AXH, AF2616C140AXH, AF2618C140AXH, AF2814C140AXH, AF2816C140AXH, AF2818C140AXH, AF2820C140AXH, AF3014C140AXH, AF3016C140AXH, AF3018C140AXH, AF3020C140AXH, AF2412C155AXH, AF2412C170AXH, AF2414C155AXH, AF2414C170AXH, AF2612C155AXH, AF2612C170AXH, AF2614C155AXH, AF2614C170AXH, AF2616C155AXH, AF2616C170AXH, AF2618C155AXH, AF2618C170AXH, AF2814C155AXH, AF2814C170AXH, AF2816C155AXH, AF2816C170AXH, AF2818C155AXH, AF2818C170AXH, AF2820C155AXH, AF2820C170AXH, AF3014C155AXH, AF3014C170AXH, AF3016C155AXH, AF3016C170AXH, AF3018C155AXH, AF3018C170AXH, AF3020C155AXH, AF3020C170AXH, AF3214C155AXH, AF3214C170AXH, AF3216C155AXH, AF3216C170AXH, AF3218C155AXH, AF3218C170AXH, AF3220C155AXH, AF3220C170AXH, AF3416C155AXH, AF3416C170AXH, AF3418C155AXH, AF3418C170AXH, AF3420C155AXH, AF3420C170AXH, AF3618C155AXH, AF3618C170AXH, AF3620C155AXH, AF3620C170AXH.</p> <p>- Jambage (ou branche iliaque controlatérale) :</p> <p>IW1408C105AXH, IW1410C105AXH, IW1412C105AXH, IW1412C75AXH, IW1412C90AXH, IW1414C105AXH, IW1414C75AXH, IW1414C90AXH, IW1416C105AXH, IW1416C75AXH, IW1416C90AXH, IW1418C105AXH, IW1418C75AXH, IW1418C90AXH, IW1420C105AXH, IW1420C75AXH, IW1420C90AXH, IW1422C105AXH, IW1422C75AXH, IW1422C90AXH, IW1424C105AXH, IW1424C75AXH, IW1424C90AXH.</p>	731 732	731 732

3192900	<p>Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, corps AUI + stent borgne.</p> <p>Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS), corps AUI + stent borgne de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>- Corps AUI :</p> <p>AUB2214C155AXH, AUB2216C126AXH, AUF2414C155AXH, AUF2416C126AXH, AUF2614C155AXH, AUF2616C126AXH, AUF2816C126AXH, AUF2816C170AXH, AUF3016C125AXH, AUF3016C170AXH, AUF3216C125AXH, AUF3216C170AXH, AUF3416C125AXH, AUF3416C170AXH, AUF3616C124AXH.</p> <p>- Stent borgne (Occluder) :</p> <p>OCL08 - OCL10 - OCL12 - OCL14 - OCL16 - OCL18 - OCL20 - OCL22 - OCL24.</p>	590 305	590 305
3109826	<p>Endoprothèse aortique, MF SAS, Talent LPS X, HDS, extension.</p> <p>Endoprothèse aortique, Talent LPS avec système de pose Xcelerant Hydro (HDS), extension, de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>- Extension aortique :</p> <p>AXB2222W30AXH, AXF2424W30AXH, AXF2626W30AXH, AXF2828W29AXH, AXF3030W28AXH, AXF3232W28AXH, AXF3434W28AXH, AXF3636W26AXH.</p> <p>- Extension iliaque :</p> <p>IXW0808C81AXH, IXW1010C81AXH, IXW1208C75AXH, IXW1212C81AXH, IXW1410C75AXH, IXW1414C80AXH, IXW1612C75AXH, IXW1616C80AXH, IXW1812C80AXH, IXW1812C140AXH, IXW1814C75AXH, IXW1814C140AXH, IXW1816C80AXH, IXW1816C140AXH, IXW1818C80AXH, IXW1818C140AXH, IXW1820C80AXH, IXW1822C80AXH, IXW1824C80AXH, IXW2016C74AXH, IXW2020C79AXH, IXW2218C74AXH, IXW2222C79AXH.</p>	141 427	141 427

Endurant

La prise en charge d'ENDURANT et ENDURANT II est assurée dans les conditions décrites ci-dessous :

1) Indications :

Elle est assurée pour les anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) quel que soit le risque chirurgical et définis ci-dessous :

AAA sous-rénal asymptomatique, dont le plus grand diamètre est supérieur à 5 cm ou a augmenté de 1 cm en un an, quelle que soit la technique adoptée.

AAA symptomatique ou compliqué quelle que soit sa taille.

Malgré l'absence de données scientifiques, il est possible de traiter un AAA sacciforme évolutif, dont le plus grand diamètre est inférieur à 5 cm. Le traitement ne sera proposé à un patient qu'à la condition que les critères anatomiques suivants soient respectés :

-- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;

-- collet proximal à bords parallèles : ? 15 mm ;

-- angle du collet proximal : < 40° ou compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

2) Modalités de prescription et d'utilisation :

La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s) y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

L'implantation de l'endoprothèse ENDURANT ou ENDURANT II doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.

L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est éminemment recommandée. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants.

La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du "Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale."

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3173853	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, corps bifurqué. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, corps bifurqué, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENBF2313C120EE, ENBF2313C145EE, ENBF2313C170EE, ENBF2316C120EE, ENBF2316C145EE, ENBF2316C170EE, ENBF2513C120EE, ENBF2513C145EE, ENBF2513C170EE, ENBF2516C120EE, ENBF2516C145EE, ENBF2516C170EE, ENBF2813C120EE, ENBF2813C145EE, ENBF2813C170EE, ENBF2816C120EE, ENBF2816C145EE, ENBF2816C170EE, ENBF2820C120EE, ENBF2820C145EE, ENBF2820C170EE, ENBF3216C120EE, ENBF3216C145EE, ENBF3216C170EE, ENBF3220C120EE, ENBF3220C145EE, ENBF3220C170EE, ENBF3616C145EE, ENBF3616C170EE, ENBF3620C145EE, ENBF3620C170EE.	590 305	590 305
3155453	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, tube abdominal. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, tube abdominal, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENTF2323C70EE, ENTF2525C70EE, ENTF2828C70EE, ENTF3232C70EE, ENTF3636C70EE.	363 921	363 921
3141451	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, corps AUI. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, corps AUI, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENUF2314C105EE, ENUF2514C105EE, ENUF2814C105EE, ENUF3214C105EE, ENUF3614C105EE.	448 878	448 878

3194648	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, jambage iliaque.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, jambage iliaque (branche iliaque controlatéral), de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENLW1610C120EE, ENLW1610C80EE, ENLW1610C95EE, ENLW1613C120EE, ENLW1613C80EE, ENLW1613C95EE, ENLW1616C120EE, ENLW1616C80EE, ENLW1616C95EE, ENLW1620C120EE, ENLW1620C80EE, ENLW1620C95EE, ENLW1624C120EE, ENLW1624C80EE, ENLW1624C95EE, ENLW1628C120EE, ENLW1628C80EE, ENLW1628C95EE.</p>	141 427	141 427
3136208	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, dispositif d'occlusion.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, dispositif d'occlusion ou stent borgne (OCCLUDER), de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OCL08 - OCL10 - OCL12 - OCL14 - OCL16 - OCL18 - OCL20 - OCL22 - OCL24.</p>	141 427	141 427
3134675	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, extension aortique.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, extension aortique, de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENCF2323C45EE, ENCF2525C45EE, ENCF2828C45EE, ENCF3232C45EE, ENCF3636C45EE.</p>	141 427	141 427
3144573	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT, extension iliaque.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT avec système de pose ENDURANT, extension iliaque, de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ENEW1010C80EE, ENEW1313C80EE, ENEW2020C80EE, ENEW2424C80EE, ENEW2828C80EE.</p>	141 427	141 427
3196239	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, corps bifurqué.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, corps bifurqué, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETBF2313C124EE, ETBF2313C145EE, ETBF2313C166EE, ETBF2316C124EE, ETBF2316C145EE, ETBF2316C166EE, ETBF2513C124EE, ETBF2513C145EE, ETBF2513C166EE, ETBF2516C124EE, ETBF2516C145EE, ETBF2516C166EE, ETBF2813C124EE, ETBF2813C145EE, ETBF2813C166EE, ETBF2816C124EE, ETBF2816C145EE, ETBF2816C166EE, ETBF2820C124EE, ETBF2820C145EE, ETBF2820C166EE, ETBF3216C124EE, ETBF3216C145EE, ETBF3216C166EE, ETBF3220C124EE, ETBF3220C145EE, ETBF3220C166EE, ETBF3616C145EE, ETBF3616C166EE, ETBF3620C145EE, ETBF3620C166EE.</p>	590 305	590 305
3187217	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, tube abdominal.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, tube abdominal, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETTF2323C70EE, ETTF2525C70EE, ETTF2828C70EE, ETTF3232C70EE, ETTF3636C70EE.</p>	363 921	363 921
3128433	<p>Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, corps AUI.</p> <p>Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, corps AUI, de la société Medtronic France SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETUF2314C102EE, ETUF2514C102EE, ETUF2814C102EE, ETUF3214C102EE, ETUF3614C102EE.</p>	448 878	448 878

3157400	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, jambage iliaque. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, jambage iliaque, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETLW1610C82EE, ETLW1610C93EE, ETLW1610C124EE, ETLW1610C156EE, ETLW1610C199EE, ETLW1613C82EE, ETLW1613C93EE, ETLW1613C124EE, ETLW1613C156EE, ETLW1613C199EE, ETLW1616C82EE, ETLW1616C93EE, ETLW1616C124EE, ETLW1616C156EE, ETLW1616C199EE, ETLW1620C82EE, ETLW1620C93EE, ETLW1620C124EE, ETLW1620C156EE, ETLW1620C199EE, ETLW1624C82EE, ETLW1624C93EE, ETLW1624C124EE, ETLW1624C156EE, ETLW1624C199EE, ETLW1628C82EE, ETLW1628C93EE, ETLW1628C124EE, ETLW1628C156EE, ETLW1628C199EE.	141 427	141 427
3178230	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, extension aortique. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, extension aortique, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETCF2323C49EE, ETCF2525C49EE, ETCF2828C49EE, ETCF3232C49EE, ETCF3636C49EE.	141 427	141 427
3148996	Endoprothèse AAA, MF SAS, ENDURANT II, extension iliaque. Endoprothèse aortique abdominale ENDURANT II avec système de pose ENDURANT II, extension iliaque, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ETEW1010C82EE, ETEW1313C82EE, ETEW2020C82EE, ETEW2424C82EE, ETEW2828C82EE.	141 427	141 427

Société WL Gore et associés SARL

La prise en charge d'EXCLUDER est assurée dans les conditions suivantes :

La prise en charge est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants :

- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles : ≥ 15 mm ;
- angle du collet proximal : $< 40^\circ$, ou compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque), les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisée.

La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s), y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

L'implantation de l'endoprothèse EXCLUDER doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et de l'évolutivité

possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.

L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est éminemment souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conformes à un bloc opératoire en termes d'asepsie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des six premiers implants.

La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du " Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3172960	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, jambage. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PXC121000, PXC121200, PXC141000, PXC141200 PXC161000, PXC161200, PXC181000, PXC181200, PXC201000, PXC201200, PXC231000, PXC231200, PXC271000, PXC271200, PXC121400, PXC141400, PXC161400, PXC181400, PXC201400, PXC231400 et PXC271400. PLC121000, PLC121200, PLC121400, PLC141000, PLC141200, PLC141400, PLC161000, PLC161200, PLC161400, PLC181000, PLC181200, PLC181400, PLC201000, PLC201200, PLC201400, PLC231000, PLC231200, PLC231400, PLC271000, PLC271200 et PLC271400.	174 981	174 981
3187507	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension iliaque. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: PXL161007, PXL161207, PXL161407.	158 907	158 907
3164222	Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, extension aortique. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PXA230300, PXA260300, PXA280300, PXA320400, PLA360400 et PLA320400.	158 907	158 907

3175540	<p>Endoprothèse aortique, WL Gore et Associés, EXCLUDER, corps bifurqué GORE C3.</p> <p>Corps bifurqué ou tronc-branche prothétique homolatérale pour endoprothèse aortique abdominale (AAA) avec système de pose GORE C3 de la société WL GORE et associés SARL.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>12 cm : RMT231212, RMT231412, RMT261212, RMT261412, RMT281212, RMT281412.</p> <p>13 cm : RMT311413 et RLT311413.</p> <p>14 cm : RMT231214, RMT231414, RMT261214, RMT261414, RMT281214, RMT281414 et RLT351414.</p> <p>15 cm : RMT311415 et RLT311415.</p> <p>16 cm : RMT231216, RMT231416, RMT261216, RMT261416, RMT281216, RMT281416 et RLT351416.</p> <p>17 cm : RMT311417 et RLT311417.</p> <p>18 cm : RMT231218, RMT231418, RMT261218, RMT261418, RMT281218, RMT281418 et RLT351418.</p>	621 810	621 810
---------	---	---------	---------

Société Cook France

ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI

La prise en charge de ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI est assurée dans les conditions suivantes :

La prise en charge est assurée pour les patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale (AAA) mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année et respectant les critères anatomiques suivants

- collet sans thrombus circonférentiel ni calcifications majeures ;
- collet proximal à bords parallèles : 15 mm ;
- angle du collet proximal :
 - < 40° ; ou
 - compris entre 40° et 60° à la condition de bénéficier d'une longueur de collet supérieure à 20 mm.

Le diamètre du collet proximal, l'état du collet distal (point[s] d'ancrage iliaque), les accès iliofémoraux doivent être compatibles avec le système de pose et l'endoprothèse utilisés.

La mise en place d'une endoprothèse aortique abdominale (EPA) ne doit pas entraîner l'exclusion volontaire d'artère(s) viscérale(s) fonctionnelle(s), y compris artère hypogastrique, en dehors de l'artère mésentérique inférieure.

L'implantation des endoprothèses ZENITH, ZENITH FLEX, ZENITH LOW PROFILE et ZENITH FLEX AUI doit être réalisée conformément aux recommandations émises par l'ANSM et la Haute Autorité de santé (HAS) incluant, entre autres, la nécessité d'informer les patients des avantages et des

inconvenients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et l'évolutivité possible de l'AAA. Pour permettre un choix éclairé impliquant le patient, une notice d'information au patient a été validée, destinée à être mise à la disposition des praticiens.

L'environnement opératoire : la pose d'une endoprothèse aortique abdominale ne doit être envisagée que dans un centre pluridisciplinaire regroupant des activités chirurgicale et radiologique. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radio-chirurgicale est éminemment souhaitable. La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et radiologique (traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction, matériel et salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'aseptie, injecteur de produit de contraste, respect des contraintes de radioprotection du personnel). Il est important de rappeler les conditions dans lesquelles devront être pratiquées ces interventions afin d'assurer une sécurité optimale au patient. Pour les centres débutants, l'assistance d'un médecin tuteur est recommandée pour la mensuration et la pose des 6 premiers implants.

La surveillance du patient est obligatoire à long terme. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur, selon un calendrier précis, dont le patient aura été informé. Ces examens se dérouleront conformément aux recommandations du **Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.**

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3146750	Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, extension. Références prises en charge : Extension de corps : avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESBE-22-39, ESBE-24-39, ESBE-26-39, ESBE-28-39, ESBE-30-39, ESBE-32-39, ESBE-22-58, ESBE-24-58, ESBE-26-58, ESBE-28-58, ESBE-30-58, ESBE-32-58, ESBE-36-73, et ESBE-36-50 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESBE-22-39-ZT, ESBE-24-39-ZT, ESBE-26-39-ZT, ESBE-28-39-ZT, ESBE-30-39-ZT, ESBE-32-39-ZT, ESBE-36-50-ZT, ESBE-22-58-ZT, ESBE-24-58-ZT, ESBE-26-58-ZT, ESBE-28-58-ZT, ESBE-30-58-ZT, ESBE-32-58-ZT, ESBE-36-73-ZT. Extension de jambe : - avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESLE 10-55, ESLE 12-55, ESLE 14-55, ESLE 16-55, ESLE 18-55, ESLE 20-55, ESLE 22-55 et ESLE 24-55 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESLE-10-55-ZT, ESLE-12-55-ZT, ESLE-14-55-ZT, ESLE-16-55-ZT, ESLE-18-55-ZT, ESLE-20-55-ZT, ESLE-22-55-ZT, ESLE-24-55-ZT.	141 427	141 427
3161175	Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, dispositif occlusion. Références prises en charge : -- avec système d'introduction H&L-B one-shot : ZIP 14-30, ZIP 16-30, ZIP 18-30, ZIP 20-30, ZIP 22-30, ZIP 24-30 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ZIP-14-ZT, ZIP-16-ZT, ZIP-18-ZT, ZIP-20-ZT, ZIP-22-ZT, ZIP-24-ZT.	141 427	141 427

3180385	Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith ou Zenith Flex, convertisseur. Références prises en charge : - avec système d'introduction H&L-B one-shot : ESC-24-12-80, ESC-28-12-80, ESC 32-12-80 et ESC-36-12-82 ; - avec système d'introduction Z-Trak : ESC-24-12-80-ZT, ESC-28-12-80-ZT, ESC-32-12-80-ZT, ESC-36-12-82-ZT.	141 427	141 427
3100156	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH FLEX, ZTRAK, corps bifurqué. Endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX, corps bifurqué, avec système d'introduction Z Track, de la société Cook France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TFFB-22-111-ZT, TFFB-24-111-ZT, TFFB-26-111-ZT, TFFB-28-111-ZT, TFFB-30-111-ZT, TFFB-32-111-ZT, TFFB-22-125-ZT, TFFB-24-125-ZT, TFFB-26-125-ZT, TFFB-28-125-ZT, TFFB-30-125-ZT, TFFB-32-125-ZT, TFFB-36-113-ZT, TFFB-22-140-ZT, TFFB-24-140-ZT, TFFB-26-140-ZT, TFFB-28-140-ZT, TFFB-30-140-ZT, TFFB-32-140-ZT, TFFB-36-131-ZT, TFFB-22-82-ZT, TFFB-24-82-ZT, TFFB-26-82-ZT, TFFB-28-82-ZT, TFFB-30-82-ZT, TFFB- 32-82-ZT, TFFB-36-149-ZT, TFFB-22-96-ZT, TFFB-24-96-ZT, TFFB-26-96-ZT, TFFB-28-96- ZT, TFFB-30-96-ZT, TFFB-32-96-ZT, TFFB-36-95-ZT.	448 878	448 878
3113354	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH FLEX, ZTRAK, jambage. Endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX, jambage, avec système d'introduction Z Track, de la société Cook France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TFLE-8-105-ZT, TFLE-8-122-ZT, TFLE-8-37-ZT, TFLE-8-54-ZT, TFLE-8-71-ZT, TFLE-8-88- ZT, TFLE-10-105-ZT, TFLE-10-122-ZT, TFLE-10-37-ZT, TFLE-10-54-ZT, TFLE-10-71-ZT, TFLE-10-88-ZT, TFLE-12-107-ZT, TFLE-12-124-ZT, TFLE-12-39-ZT, TFLE-12-56-ZT, TFLE- 12-73-ZT, TFLE-12-90-ZT, TFLE-14-107-ZT, TFLE-14-124-ZT, TFLE-14-39 ZT, TFLE-14-56 ZT, TFLE-14-73-ZT, TFLE-14-90-ZT, TFLE-16-39-ZT, TFLE-16-56-ZT, TFLE-16-73-ZT, TFLE-16-90-ZT, TFLE-18-39-ZT, TFLE-18-56-ZT, TFLE-18-73-ZT, TFLE-18-90-ZT, TFLE- 20-39-ZT, TFLE-20-56-ZT, TFLE-20-73-ZT, TFLE-20-90-ZT, TFLE-22-39-ZT, TFLE-22-56- ZT, TFLE-22-73-ZT, TFLE-22-90 ZT, TFLE-24-39-ZT, TFLE-24-56-ZT, TFLE-24-73-ZT, TFLE-24-90-ZT.	141 427	141 427
3177615	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, corps bifurqué. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZALB-22-70, ZALB-22-84, ZALB-22-98, ZALB-22-108, ZALB-22-118, ZALB-22-128, ZALB-24-70, ZALB-24-84, ZALB-24-98, ZALB-24-108, ZALB-24-118, ZALB-24-128, ZALB-26-70, ZALB-26-84, ZALB-26-98, ZALB-26-108, ZALB-26-118, ZALB-26-128, ZALB-28-70, ZALB-28-84, ZALB-28-98, ZALB-28-108, ZALB-28-118, ZALB-28-128, ZALB-30-70, ZALB-30-84, ZALB-30-98, ZALB-30-108, ZALB-30-118, ZALB-30-128, ZALB-32-70, ZALB-32-84, ZALB-32-98, ZALB-32-108, ZALB-32-118, ZALB-32-128, ZALB-36-70, ZALB-36-84, ZALB-36-98, ZALB-36-108, ZALB-36-118, ZALB-36-128.	448 878	448 878
3179844	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, jambage. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZALL-10-36, ZALL-10-48, ZALL-10-60, ZALL-10-72, ZALL-10-84, ZALL-10-96, ZALL-10- 108, ZALL-10-120, ZALL-12-36, ZALL-12-48, ZALL-12-60, ZALL-12-72, ZALL-12-84, ZALL-12-96, ZALL-12-108, ZALL-12-120, ZALL-14-36, ZALL-14-48, ZALL-14-60, ZALL- 14-72, ZALL-14-84, ZALL-14-96, ZALL-14-108, ZALL-16-36, ZALL-16-48, ZALL-16-60, ZALL-16-72, ZALL-16-84, ZALL-16-96, ZALL-18-36, ZALL-18-48, ZALL-18-60, ZALL-18- 72, ZALL-18-84, ZALL-18-96, ZALL-20-36, ZALL-20-48, ZALL-20-60, ZALL-20-72, ZALL-20-84, ZALL-20-96, ZALL-22-36, ZALL-22-48, ZALL-22-60, ZALL-22-72, ZALL-22-84, ZALL-22-96, ZALL-24-36, ZALL-24-48, ZALL-24-60, ZALL-24-72, ZALL-24-84, ZALL-24- 96.	141 427	141 427

3129881	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, extension. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZLBE-22-45, ZLBE-22-58, ZLBE-24-45, ZLBE-24-58, ZLBE-26-45, ZLBE-26- 58, ZLBE-28-45, ZLBE-28-58, ZLBE-30-45, ZLBE-30-58, ZLBE-32-45, ZLBE-32-58, ZLBE-36-45, ZLBE-36-58.	141 427	141 427
3184934	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH LOW PROFILE, convertisseur. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZLC-24-66, ZLC-28-66, ZLC-32-66, ZLC-36-66.	141 427	141 427
3187855	Endoprothèse aortique, Cook France, Zenith Flex, ZENITH FLEX AUI AAA. Endoprothèse aorto uni-iliaque, ZENITH FLEX AUI AAA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZAUI-22-113-ZT ; ZAUI-22-130-ZT ; ZAUI-22-147-ZT ; ZAUI-24-113-ZT ; ZAUI-24-130-ZT ; ZAUI-24-147-ZT ; ZAUI-26-113-ZT ; ZAUI-26-130-ZT ; ZAUI-26-147-ZT ; ZAUI-28-113-ZT ; ZAUI-28-130-ZT ; ZAUI-28-147-ZT ; ZAUI-30-113-ZT ; ZAUI-30-130-ZT ; ZAUI-30-147-ZT ; ZAUI-32-113-ZT ; ZAUI-32-130-ZT ; ZAUI-32-147-ZT ; ZAUI-36-127-ZT ; ZAUI-36-144-ZT ; ZAUI-36-161-ZT.	448 878	448 878
3187737	Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH SPIRAL-Z, jambage. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : ZSLE-9-39-ZT, ZSLE-9-56-ZT, ZSLE-9-74-ZT, ZSLE-9-90-ZT, ZSLE-9-107-ZT, ZSLE-9-122- ZT, ZSLE-11-39-ZT, ZSLE-11-56-ZT, ZSLE-11-74-ZT, ZSLE-11-90-ZT, ZSLE-11-107-ZT, ZSLE-11-122-ZT, ZSLE-13-39-ZT, ZSLE-13-56-ZT, ZSLE-13-74-ZT, ZSLE-13-90-ZT, ZSLE- 13-107-ZT, ZSLE-13-122-ZT, ZSLE-16-39-ZT, ZSLE-16-56-ZT, ZSLE-16-74-ZT, ZSLE-16-90- ZT, ZSLE-20-39-ZT, ZSLE-20-56-ZT, ZSLE-20-74-ZT, ZSLE-20-90-ZT, ZSLE-24-39-ZT, ZSLE-24-56-ZT, ZSLE-24-74-ZT, ZSLE-24-90-ZT. Ce jambage peut être utilisé avec les corps principaux ZENITH FLEX et ZENITH RENU.	141 427	141 427

ZENITH BRANCH

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

3106791	<p>Endoprothèse aortique, bifurcation iliaque, Cook, ZENITH BRANCH.</p> <p>1. Indications</p> <p>Traitement des anévrismes aortoiliaques ou iliaques avec atteinte bilatérale de l'artère iliaque commune en l'absence d'alternatives chez les patients à haut risque chirurgical.</p> <p>Ces anévrismes doivent avoir un site d'ancrage distal insuffisant dans l'artère iliaque commune et une morphologie favorable à un traitement endovasculaire, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un accès iliaque/fémoral adéquat compatible avec un système d'introduction de diamètre interne 20 Fr (diamètre externe de 7,8 mm) ; - un segment de fixation de l'artère iliaque externe non anévrisimal en aval de l'anévrisme ; - d'une longueur d'au moins 10 mm (20 à 30 mm étant préférable) ; - d'un diamètre de 11 mm maximum et de 8 mm minimum, mesuré d'une paroi externe à l'autre ; - un segment d'artère iliaque interne non anévrisimal en aval de l'anévrisme d'une longueur d'au moins 10 mm ; - d'un diamètre approprié pour obtenir l'étanchéité nécessaire. <p>2. Conditions d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>L'endoprothèse vasculaire de bifurcation iliaque ZENITH BRANCH doit être utilisée, d'une part, avec une endoprothèse vasculaire d'extension de branche iliaque ZENITH (TFLE) et, d'autre part, avec une endoprothèse périphérique couverte sur ballonnet gonflable. La prise en charge n'est assurée que pour une endoprothèse ZENITH BRANCH par patient.</p> <p>La mise en place des endoprothèses doit être réservée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à des centres pluridisciplinaires regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est recommandée ; - à des opérateurs ayant l'expérience suivante : <ul style="list-style-type: none"> - restaurations de l'aorte pour anévrisme (quelle que soit la technique) : minimum de 50 cas/an dont restaurations endovasculaires (endoprothèses aortiques) : minimum 15 cas/an ; - angioplasties artérielles percutanées (artères périphériques excluant les artères 	451 200	451 200
---------	--	---------	---------

ZENITH FENESTRATED

La prise en charge de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FENESTRATED est assurée dans les conditions décrites ci-dessous.

La prise en charge est assurée pour le traitement de l'anévrisme aortique complexe abdominal juxtarénal, pararénal, suprarénal, associé ou non à un anévrisme de l'artère iliaque commune distale, ou thoraco-abdominal de type IV, chez les patients à risque chirurgical élevé contre-indiqués à la chirurgie ouverte lorsqu'un bilan morphologique préopératoire favorable à la mise en place d'une endoprothèse fenêtrée a été établi.

Les critères anatomiques favorables à la pose d'endoprothèses fenêtrées sont :

- absence d'angulations excessives aortique ou iliaque ;
- absence de sténose serrée (> 70 %) des artères cibles ;
- artère cible de diamètre > 5 mm ;
- axes ilio-fémoraux autorisant le passage du système de largage (> 7 mm) ou possibilité d'effectuer un pontage pour monter l'endoprothèse.

Les patients à risque chirurgical élevé doivent présenter un des facteurs suivants :

- âge supérieur ou égal à 80 ans ;

- coronaropathie (antécédent[s] d'infarctus de myocarde ou angor) avec test fonctionnel positif et lésions coronariennes pour lesquelles un geste de revascularisation est impossible ou non indiqué ;
- insuffisance cardiaque avec manifestations cliniques patentes ;
- rétrécissement aortique serré non opérable ;
- FEVG < 40 % ;
- insuffisance respiratoire chronique objectivée par un des critères suivants :
 - VEMS < 1,2 l/sec ;
 - CV < 50 % de la valeur prédite en fonction de l'âge, du sexe et du poids ;
 - gazométrie artérielle en l'absence d'oxygène : PaCO₂>45 mm Hg ou PaO₂ < 60 mm Hg ;oxygénothérapie à domicile;
- insuffisance rénale si créatininémie > 200 µmol/l avant l'injection de produit de contraste ;
- abdomen hostile, y compris présence d'une ascite ou autre signe d'hypertension portale.

Le risque doit être évalué par une équipe pluridisciplinaire, avec notamment l'avis du chirurgien vasculaire et du radiologue interventionnel, sur la base des antécédents et comorbidités du patient et de la difficulté technique du geste à réaliser, qui varie selon la localisation de l'anévrisme.

La décision d'intervenir est complexe et doit mettre en balance chez des patients à haut risque les bénéfices et risques attendus pour chaque type d'intervention (chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire) et pour la surveillance médicale.

Les conclusions de cette concertation doivent être retranscrites dans le dossier médical.

La capacité du patient informé à donner un consentement éclairé et à se conformer au suivi est indispensable. La pose d'endoprothèses fenêtrées doit être réservée :

- à des centres pluridisciplinaires regroupant des activités chirurgicales et radiologiques. Ce centre doit avoir une pratique régulière de la chirurgie vasculaire, des thérapeutiques endovasculaires et des explorations radiologiques à visée vasculaire. La collaboration radiochirurgicale est éminemment souhaitable ;
- à des opérateurs ayant l'expérience :
 - de restaurations de l'aorte pour anévrisme (quelle que soit la technique) : minimum de 50 cas/an dont restaurations endovasculaires (endoprothèses aortiques) : minimum de 15 cas/an ;
 - d'angioplasties artérielles percutanées (artères périphériques excluant les artères coronaires) avec ou sans stent réalisées par le chirurgien vasculaire et/ou le radiologue : minimum de 50 cas/an ;
 - d'un minimum de 6 de pose d'endoprothèses fenêtrées ou de 6 premiers cas avec un chirurgien référent (proctor).

La salle où se déroule la pose doit répondre à des critères de qualité chirurgicale permettant une intervention majeure et un guidage radiologique avec traitement numérisé de l'image avec un mode soustraction et mémorisation des images. L'équipement de la salle où a lieu la procédure doit permettre une rapide conversion chirurgicale en cas de complications.

Les jambages utilisés pour l'implantation de ZENITH FENESTRATED correspondent aux jambages de ZENITH FLEX Z-TRAK et sont pris en charge sous le code 3113354. La prise en charge est assurée pour les références (corps proximal et corps distal bifurqué) de ZENITH FENESTRATED suivantes :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

3136639	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, corps proximal.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Un stent interne proximal : ZFEN-P-1-24-76, ZFEN-P-1-26-76, ZFEN-P-1-28-76, ZFEN-P-1-30- 76, ZFEN-P-1-32-76, ZFEN-P-1-24-91, ZFEN-P-1-26-91, ZFEN-P-1-28-91, ZFEN-P-1-30-91, ZFEN-P-1-32-91, ZFEN-P-1-24-106, ZFEN-P-1-26-106, ZFEN-P-1-28-106, ZFEN-P-1-30-106, ZFEN-P-1-32-106, ZFEN-P-1-24-121, ZFEN-P-1-26-121, ZFEN-P-1-28-121, ZFEN-P-1-30- 121, ZFEN-P-1-32-121, ZFEN-P-1-34-84, ZFEN-P-1-36-84, ZFEN-P-1-34-99, ZFEN-P-1-36- 99, ZFEN-P-1-34-114, ZFEN-P-1-36-114, ZFEN-P-1-34-129, ZFEN-P-1-36-129.</p> <p>Deux stents internes proximaux : ZFEN-P-2-24-94, ZFEN-P-2-26-94, ZFEN-P-2-28-94, ZFEN- P-2-30-94, ZFEN-P-2-32-94, ZFEN-P-2-24-109, ZFEN-P-2-26-109, ZFEN-P-2-28-109, ZFEN- P-2-30-109, ZFEN-P-2-32-109, ZFEN-P-2-24-124, ZFEN-P-2-26-124, ZFEN-P-2-28-124, ZFEN-P-2-30-124, ZFEN-P-2-32-124, ZFEN-P-2-34-107, ZFEN-P-2-36-107, ZFEN-P-2-34- 122, ZFEN-P-2-36-122, ZFEN-P-2-34-137, ZFEN-P-2-36-137.</p>	1 833 000	1 833 000
3107069	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, corps distal bifurqué.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>ZFEN-D-12-28-76, ZFEN-D-16-28-76, ZFEN-D-20-28-76, ZFEN-D-12-28-94, ZFEN-D-16-28-94, ZFEN-D-20-28-94, ZFEN-D-12-28-109, ZFEN-D-16-28-109, ZFEN-D-20-28-109, ZFEN-D-12-28-124, ZFEN-D-16-28-124, ZFEN-D-20-28-124, ZFEN-D-12-45-76, ZFEN-D-16-45-76, ZFEN-D-20-45-76, ZFEN-D-24-45-76, ZFEN-D-12-45-94, ZFEN-D-16-45-94, ZFEN-D-20-45-94, ZFEN-D-24-45-94, ZFEN-D-12-45-109, ZFEN-D-16-45-109, ZFEN-D-20-45-109, ZFEN-D-24-45-109, ZFEN-D-12-45-124, ZFEN-D-16-45-124, ZFEN-D-20-45-124, ZFEN-D-24-45-124, ZFEN-D-12-62-76, ZFEN-D-16-62-76, ZFEN-D-20-62-76, ZFEN-D-24-62-76, ZFEN-D-12-62- 94, ZFEN-D-16-62-94, ZFEN-D-20-62-94, ZFEN-D-24-62-94, ZFEN-D-12-62-109, ZFEN-D-16-62-109, ZFEN-D-20-62-109, ZFEN-D-24-62-109, ZFEN-D-12-62-124, ZFEN-D-16-62-124, ZFEN-D-20-62-124, ZFEN-D-24-62-124.</p> <p>La prise en charge de ce code peut être associée à la prise en charge des jambages (code 3113354).</p>	423 000	423 000
3158960	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- PARARENAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : FEN-PARARENAL-BRANCHED-GRAFT, AAA- BRANCH-GRAFT ;</p> <p>Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.</p>	2 256 000	2 256 000
3119820	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- PRELOADED-PARARENAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : FEN-PARARENAL-BRANCHED-GRAFT ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.</p>	2 256 000	2 256 000

3121098	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, BRANCH- THORACOABDOMINAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, BRANCH DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : THORACO-ABDOMINAL-SIDE-BRANCH ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.</p>	2 256 000	2 256 000
3143384	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-PARARENAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième Sous-composant peut être utilisé</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : AAA-FEN-BIFURCATED-GRAFT, AAA-FEN- TUBE, AAA-REINFORCED-FEN-PROX ;</p> <p>Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG</p>	2 256 000	2 256 000
3192477	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-PRELOADED-PARARENAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : PRE-LOADED-FENESTRATED-PROX ; Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT, AAA-BODY- INVERTED-LEG et AAA-DIST-BODY-INVERTED-LEG.</p>	2 256 000	2 256 000
3144277	<p>Endoprothèse aortique fenêtrée, Cook, ZENITH FENESTRATED, FENESTRATED-THORACOABDOMINAL-DEVICE.</p> <p>L'endoprothèse aortique fenêtrée multibranche, FENESTRATED DEVICE, est composé d'un sous-composant proximal et d'un sous-composant distal, exceptionnellement un troisième sous-composant peut être utilisé.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Sous-composant proximal : BIFURCATED-FEN-THORACO-ABDOMINAL, FEN-THORACO-ABDOMINAL-GRAFT, AAA-REINFORCED-FEN-PROX ;</p> <p>Sous-composant distal : AAA-BIFURCATED-GRAFT.</p>	2 256 000	2 256 000

ZENITH RENU

La prise en charge de ZENITH RENU est assurée en cas de traitement endovasculaire de seconde intention chez les patients ayant précédemment reçu une endoprothèse pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale ou aorto-iliaque ayant une fixation proximale ou une étanchéité incomplètes. Les critères anatomiques compatibles à la pose de l'endoprothèse Zenith RENU doivent être conformes à ceux définis dans les modalités d'utilisation. L'implantation de l'endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU doit être réalisée par un praticien formé. Les critères anatomiques compatibles à la pose de l'endoprothèse ZENITH RENU sont les suivants :

- un accès iliaque/fémoral adéquat compatible avec les systèmes d'introduction nécessaires ;
- un site de fixation proximal adéquat :

- avec une longueur allant de l'artère rénale la plus basse jusqu'à la bifurcation de l'endoprothèse vasculaire préalablement implantée de plus de 43 mm pour l'extension de corps principal et de plus de 37 mm pour le convertisseur ;
 - d'un diamètre égal ou supérieur à 18 mm et égal ou inférieur à 32 mm, mesuré d'une paroi externe à l'autre ;
 - ayant un angle inférieur à 60 degrés par rapport à l'axe longitudinal de l'anévrisme, et
 - ayant un angle inférieur à 45 degrés par rapport à l'axe de l'aorte suprarénale ;
 - un site de fixation distal adéquat :
 - pour l'extension de corps principal, un site de fixation distal dans un segment prothétique égal ou inférieur à 34 mm de diamètre et de la longueur d'un stent Cook-Z, une longueur de chevauchement supplémentaire étant préférable ;
 - pour le convertisseur utilisé sans branche iliaque, un site de fixation distal dans un segment prothétique égal ou inférieur à 12 mm de diamètre et égal ou supérieur à 17 mm de long (un stent Cook-Z), une longueur de chevauchement supplémentaire étant préférable ;
 - pour le convertisseur utilisé en combinaison avec la branche iliaque, un site de fixation distal de 7,5 à 20 mm de diamètre (mesuré d'une paroi externe à l'autre) et de plus de 10 mm de long, une longueur de 20 à 30 mm étant préférable.
- La surveillance du patient est comparable à celle demandée pour les endoprothèses aortiques abdominales. En son absence, le traitement ne peut pas être considéré comme complet. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3139388	<p>Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH RENU RX1, extension corps principal.</p> <p>Endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU RX1 pour endoprothèse aortique abdominale, extension de corps principal, de la société Cook France.</p> <p>Les endoprothèses ZENITH RENU AX1 et ZENITH RENU RX1 ne pourront pas être posées sur un même patient.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 22 mm : RX1-22-43, RX1-22-62. - diamètre 24 mm : RX1-24-43, RX1-24-62. - diamètre 26 mm : RX1-26-43, RX1-26-62. - diamètre 28 mm : RX1-28-43, RX1-28-62. - diamètre 30 mm : RX1-30-43, RX1-30-62. - diamètre 32 mm : RX1-32-43, RX1-32-62. - diamètre 36 mm : RX1-36-54. 	251 396	251 396

3176478	<p>Endoprothèse aortique, Cook France, ZENITH RENU AX1, convertisseur.</p> <p>Endoprothèse auxiliaire ZENITH RENU AX1 pour endoprothèse aortique abdominale, convertisseur, de la société Cook France.</p> <p>Les endoprothèses ZENITH RENU AX1 et ZENITH RENU RX1 ne pourront pas être posées sur un même patient.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 22 mm : AX1-1-22-108, AX1-1-22-125. - diamètre 24 mm : AX1-1-24-108, AX1-1-24-125. - diamètre 26 mm : AX1-1-26-108, AX1-1-26-125. - diamètre 28 mm : AX1-1-28-108, AX1-1-28-125. - diamètre 30 mm : AX1-1-30-108, AX1-1-30-125. - diamètre 32 mm : AX1-1-32-108, AX1-1-32-125. - diamètre 36 mm : AX1-1-36-116. 	504 357	504 357
---------	--	---------	---------

Société Vascutek France (Vascutek)

La prise en charge est assurée pour les patients à risque chirurgical élevé, tels que définis par l'ANSM, présentant un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale mesurant au moins 5 cm de grand diamètre ou ayant augmenté d'au moins 1 cm au cours de la dernière année.

Les patients à risque chirurgical élevé doivent présenter un des facteurs suivants :

- âge supérieur ou égal à 80 ans ;
- coronaropathie (antécédents d'infarctus de myocarde ou angor) avec test fonctionnel positif et lésions coronariennes pour lesquelles un geste de revascularisation est impossible ou non indiqué ;
- insuffisance cardiaque avec manifestations cliniques patentes ;
- rétrécissement aortique serré non opérable ;
- FEVG < 40 % ;
- insuffisance respiratoire chronique objectivée par un des critères suivants :
 - . VEMS < 1,2 l/sec ;
 - . CV < 50 % de la valeur prédite en fonction de l'âge, du sexe et du poids ;
 - . gazométrie artérielle en l'absence d'oxygène : $\text{paCO}_2 > 45 \text{ mm Hg}$ ou $\text{paO}_2 < 60 \text{ mm Hg}$;
- oxygénothérapie à domicile ;
- insuffisance rénale si créatininémie $\geq 200 \text{ umol/l}$ avant l'injection de produit de contraste ;
- abdomen « hostile », y compris présence d'une ascite ou autre signe d'hypertension portale.

L'implantation de l'endoprothèse ANACONDA doit être réalisée conformément aux recommandations émises par par l'ANSM incluant, entre autres :

- la nécessité d'informer les patients, avant l'implantation, des bénéfices et risques attendus, et du suivi post-opératoire indispensable ;
- la réalisation de l'implantation par un praticien formé.

Le suivi des patients doit être réalisé conformément à la procédure de suivi établie par par l'ANSM.

Dans la mesure où il est important d'évaluer la durabilité des endoprothèses aortiques, l'endoprothèse ANACONDA ne doit pas être utilisée chez des malades dont l'espérance de vie est considérée comme inférieure à un an et chez des malades dont le suivi clinique s'avère impossible ou difficile.

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124820	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, corps bifurqué. Ce corps sera destiné à recevoir au moins deux jambages iliaques. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : B19, B21, B23, B25, B28, B30, B32 et B34.	448 878	448 878
3161028	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, corps bifurqué One Lok. Endoprothèse aortique, corps bifurqué One Lok, Anaconda, de la société Vascutek France. Ce corps sera destiné à recevoir au moins deux jambages iliaques. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OLB21, OLB23, OLB25, OLB28, OLB30, OLB32 et OLB34.	448 878	448 878
3161554	Endoprothèse aortique, Vascutek, Anaconda, jambage. Endoprothèse aortique, jambage iliaque ou extension iliaque, Anaconda, de la société Vascutek France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : L09 × 060, L09 × 100, L09 × 120, L09 × 140, L10 × 060, L10 × 100, L10 × 120, L10 × 140, L11 × 060, L11 × 100, L11 × 120, L11 × 140, L12 × 060, L12 × 100, L12 × 120, L12 × 140, L13 × 060, L13 × 100, L13 × 120, L13 × 140, L15 × 060, L15 × 100, L15 × 120, L15 × 140, L16 × 060, L16 × 100, L16 × 120, L16 × 140, L17 × 060, L17 × 100, L17 × 120, L17 × 140, L18 × 060, L18 × 100, L18 × 120, L18 × 140, L10 × 080, L11 × 080, L12 × 080, L13 × 080, L15 × 080, L16 × 080, L17 × 080, L18 × 080.	141 427	141 427
3192603	Endoprothèse aortique, VASCUTEK, ANACONDA, jambage iliaque évasé progressif. Endoprothèse aortique, jambage iliaque évasé progressif ou extensioniliaque évasé progressive, ANACONDA, de la société VASCUTEK France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : FL 1217x080, FL 1217x110, FL 1217x130, FL 1219x085, FL 1219x110, FL 1219x130, FL 1221x085, FL 1221x110, FL 1221x130, FL 1223x090, FL 1223x110, FL 1223x130, FL 1719x082, FL 1719x110, FL 1719x130, FL 1721x085, FL 1721x110, FL 1721x130, FL 1723x088, FL 1723x110, FL 1723x130, FL 1012x080, FL 1012x110, FL 1012x130, FL 1213x080, FL 1213x110, FL 1213x130, FL 1215x080, FL 1215x110 et FL 1215x130.	141 427	141 427
3103189	Endoprothèse aortique, VASCUTEK, ANACONDA, jambage iliaque évasé dégressif. Endoprothèse aortique, jambage iliaque évasé dégressif ou extension iliaque évasé dégressive, ANACONDA, de la société VASCUTEK France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TL 1210x080, TL 1210x110, TL 1210x130, TL 1312x080, TL 1312x110, TL 1312x130, TL 1512x080, TL 1512x110, TL 1512x130, TL 1712x080, TL 1712x110, TL 1712x130, TL 1912x085, TL 1912x110, TL 1912x130, TL 1917x082, TL 1917x110, TL 1917x130, TL 2112x085, TL 2112x110, TL 2112x130, TL 2117x085, TL 2117x110, TL 2117x130, TL 2312x090, TL 2312x110, TL 2312x130, TL 2317x088, TL 2317x110 et TL 2317x130.	141 427	141 427
3163636	Endoprothèse aortique, Vascutek, ANACONDA, extension. Endoprothèse aortique, extension aortique ou coiffe aortique, ANACONDA, de la société Vascutek France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : AEC19, AEC21, AEC23, AEC25, AEC28, AEC30, AEC32, AEC34.	141 427	141 427

B. - Endoprothèses aortiques pour le traitement des pathologies de l'aorte thoracique descendante

Société ABS-Bolton Medical (Bolton)

Les prises en charge de RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS sont assurées en cas de :

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat.

Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA).

Une surveillance annuelle par CT-scan ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La mise en place de RELAY PLUS ou RELAY NBS PLUS doit conduire à l'utilisation d'un élément. A titre exceptionnel, au maximum 2 éléments peuvent être implantés.

Les différents éléments utilisés sont connectés à l'extrémité SAFEX (dans le cas de RELAY PLUS) ou NBS (dans le cas de RELAY NBS PLUS), permettant l'extension de l'endoprothèse.

RELAY PLUS et RELAY NBS PLUS sont implantées grâce au système de déploiement PLUS.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3116269	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 090 22 22 90S, 28-M3 24 090 24 22 90S, 28-M3 26 095 26 22 90S, 28-M3 28 095 28 22 90S, 28-M3 30 095 30 22 90S, 28-M3 32 095 32 22 90S, 28-M3 34 100 34 23 90S, 28-M3 36 100 36 23 90S, 28-M3 38 100 38 24 90S, 28-M3 40 105 40 24 90S, 28-M3 42 105 42 25 90S, 28-M3 44 105 44 25 90S, 28-M3 46 105 46 26 90S.	698 672	698 672
3109565	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 150 22 22 90S, 28-M3 24 150 24 22 90S, 28-M3 26 155 26 22 90S, 28-M3 28 155 28 22 90S, 28-M3 30 155 30 22 90S, 28-M3 32 155 32 22 90S, 28-M3 34 145 34 23 90S, 28-M3 36 145 36 24 90S, 28-M3 38 145 38 24 90S, 28-M3 40 145 40 25 90S, 28-M3 42 150 42 25 90S, 28-M3 44 155 44 25 90S, 28-M3 46 155 46 26 90S.	1 136 037	1 136 037

3103611	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 190 22 22 90S, 28-M3 24 190 24 22 90S, 28-M3 26 195 26 22 90S, 28-M3 28 195 28 22 90S, 28-M3 30 200 30 23 90S, 28-M3 32 200 32 23 90S, 28-M3 34 200 34 24 90S, 28-M3 36 190 36 24 90S, 28-M3 38 190 38 25 90S, 28-M3 40 195 40 25 90S, 28-M3 42 195 42 25 90S, 28-M3 44 200 44 25 90S, 28-M3 46 200 46 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3103002	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 22 250 22 23 90S, 28-M3 24 250 24 23 90S, 28-M3 26 250 26 23 90S, 28-M3 28 250 28 23 90S, 28-M3 30 250 30 23 90S, 28-M3 32 250 32 24 90S, 28-M3 34 250 34 24 90S, 28-M3 36 250 36 24 90S, 28-M3 38 250 38 25 90S, 28-M3 40 250 40 25 90S, 28-M3 42 250 42 25 90S, 28-M3 44 250 44 26 90S, 28-M3 46 250 46 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3146164	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 155 24 22 90S, 28-M3 30 155 26 22 90S, 28-M3 32 155 28 22 90S, 28-M3 34 145 30 23 90S, 28-M3 36 145 32 24 90S, 28-M3 38 145 34 24 90S, 28-M3 40 145 36 25 90S, 28-M3 42 150 38 25 90S, 28-M3 44 155 40 25 90S, 28-M3 46 155 42 26 90S.	1 136 037	1 136 037
3105774	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 195 24 22 90S, 28-M3 30 200 26 23 90S, 28-M3 32 200 28 23 90S, 28-M3 34 200 30 24 90S, 28-M3 36 190 32 24 90S, 28-M3 38 190 34 25 90S, 28-M3 40 195 36 25 90S, 28-M3 42 195 38 25 90S, 28-M3 44 200 40 25 90S, 28-M3 46 200 42 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3136088	Endoprothèse aortique tho., Bolton, RELAY PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm avec extrémité proximale Safex et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-M3 28 250 24 23 90S, 28-M3 30 250 26 23 90S, 28-M3 32 250 28 24 90S, 28-M3 34 250 30 24 90S, 28-M3 36 250 32 24 90S, 28-M3 38 250 34 25 90S, 28-M3 40 250 36 25 90S, 28-M3 42 250 38 25 90S, 28-M3 44 250 40 26 90S, 28-M3 46 250 42 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3155312	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 100 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 099 22 22 90S, 28-N2 24 099 24 22 90S, 28-N2 26 104 26 22 90S, 28-N2 28 104 28 22 90S, 28-N2 30 104 30 22 90S, 28-N2 32 104 32 23 90S, 28-N2 34 109 34 23 90S, 28-N2 36 109 36 24 90S, 28-N2 38 109 38 24 90S, 28-N2 40 114 40 25 90S, 28-N2 42 114 42 25 90S, 28-N2 44 114 44 25 90S, 28-N2 46 114 46 26 90S.	698 672	698 672

3147117	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 150 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 159 22 22 90S, 28-N2 24 159 24 22 90S, 28-N2 26 164 26 22 90S, 28-N2 28 164 28 22 90S, 28-N2 30 164 30 22 90S, 28-N2 32 164 32 23 90S, 28-N2 34 154 34 23 90S, 28-N2 36 154 36 24 90S, 28-N2 38 154 38 24 90S, 28- N2 40 154 40 25 90S, 28-N2 42 159 42 25 90S, 28-N2 44 164 44 25 90S, 28-N2 46 164 46 26 90S.	1 136 037	1 136 037
3190389	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 200 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 199 22 22 90S, 28-N2 24 199 24 22 90S, 28-N2 26 204 26 22 90S, 28-N2 28 204 28 22 90S, 28-N2 30 209 30 23 90S, 28-N2 32 209 32 23 90S, 28-N2 34 209 34 24 90S, 28-N2 36 199 36 24 90S, 28-N2 38 199 38 25 90S, 28- N2 40 204 40 25 90S, 28-N2 42 204 42 25 90S, 28-N2 44 209 44 25 90S, 28-N2 46 209 46 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3182823	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. droit 250 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique droit de la longueur 250 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 22 259 22 22 90S, 28-N2 24 259 24 22 90S, 28-N2 26 259 26 22 90S, 28-N2 28 259 28 23 90S, 28-N2 30 259 30 23 90S, 28-N2 32 259 32 24 90S, 28-N2 34 259 34 24 90S, 28-N2 36 259 36 25 90S, 28-N2 38 259 38 25 90S, 28- N2 40 259 40 25 90S, 28-N2 42 259 42 25 90S, 28-N2 44 259 44 26 90S, 28-N2 46 259 46 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3108896	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 150 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 164 24 22 90S, 28-N2 30 164 26 22 90S, 28-N2 32 164 28 23 90S, 28-N2 34 154 30 23 90S, 28-N2 36 154 32 24 90S, 28-N2 38 154 34 24 90S, 28-N2 40 154 36 25 90S, 28-N2 42 159 38 25 90S, 28-N2 44 164 40 25 90S, 28- N2 46 164 42 25 90S.	1 136 037	1 136 037
3121282	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 200 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 204 24 22 90S, 28-N2 30 209 26 23 90S, 28-N2 32 209 28 23 90S, 28-N2 34 209 30 24 90S, 28-N2 36 199 32 24 90S, 28-N2 38 199 34 25 90S, 28-N2 40 204 36 25 90S, 28-N2 42 204 38 25 90S, 28-N2 44 209 40 25 90S, 28- N2 46 209 42 26 90S.	1 363 188	1 363 188
3105277	Endopro. aortique tho., Bolton, RELAY NBS PLUS, syst. mod., corps cyl. coniq 250 mm. Endoprothèse aortique thoracique, RELAY NBS PLUS, système modulaire, corps cylindrique conique de la longueur 250 mm avec extrémité proximale NBS et extrémité distale droite, de la société ABS-Bolton Medical. Seules sont prises en charge les références suivantes : 28-N2 28 259 24 23 90S, 28-N2 30 259 26 23 90S, 28-N2 32 259 28 24 90S, 28-N2 34 259 30 24 90S, 28-N2 36 259 32 25 90S, 28-N2 38 259 34 25 90S, 28-N2 40 259 36 25 90S, 28-N2 42 259 38 25 90S, 28-N2 44 259 40 25 90S, 28- N2 46 259 42 26 90S.	1 363 188	1 363 188

Société Cook France

La prise en charge est assurée en cas de:

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire;
- ulcères pénétrants en cas de complications;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux, et disposant d'un plateau technique adéquat.

Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en oeuvre, en particulier sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extra-corporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La prise en charge est assurée pour les produits des gammes ZENITH TX2 et ZENITH TX2 PROFORM suivants :

Zenith TX1 et TX2

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138928	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps prox. cylind. sur mes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps proximal cylindrique sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG 2P-F-XXXX-XXXXXX.	742 788	742 788
3159528	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps prox. dégres. sur mes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps proximal dégressif sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG-2PT-F-XXXX-XXXXXX.	742 788	742 788
3119233	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2, syst. mod., corps dist. cylind. sur mes. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2, système modulaire, corps distal cylindrique sur mesure, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références : CMD-ZTEG-2D-F-XXXX-XXXXXX.	742 788	742 788

Zenith TX2 Proform

La prise en charge de Zenith TX2 Proform est assurée en cas de :

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat. Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles, que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endoaortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.

L'utilisation de l'endoprothèse Zenith TX2 Proform est contre-indiquée chez les patients présentant une sensibilité ou une allergie connue à l'acier inoxydable, au polyester, à la brasure (étain, argent), au polypropylène, au nitinol ou à l'or et chez les patients présentant une infection systémique et qui peuvent donc présenter un risque plus élevé d'infection de l'endoprothèse endovasculaire.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3122301	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps prox cylind. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps proximal cylindrique, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2P-22-115-PF, ZTEG-2P-24-115-PF, ZTEG-2P-26-134-PF, ZTEG-2P-28-120-PF, ZTEG- 2P-28-140-PF, ZTEG-2P-28-200-PF, ZTEG-2P-30-120-PF, ZTEG-2P-30-140-PF, ZTEG-2P-30- 200-PF, ZTEG-2P-32-120-PF, ZTEG-2P-32-140-PF, ZTEG-2P-32-200-PF, ZTEG-2P-34-127-PF, ZTEG-2P-34-152-PF, ZTEG-2P-34-202-PF, ZTEG-2P-36-127-PF, ZTEG-2P-36-152-PF, ZTEG- 2P-36-202-PF, ZTEG-2P-38-127-PF, ZTEG-2P-38-152-PF, ZTEG-2P-38-202-PF, ZTEG-2P-40- 108-PF, ZTEG-2P-40-135-PF, ZTEG-2P-40-162-PF, ZTEG-2P-40-216-PF, ZTEG-2P-42-108-PF, ZTEG-2P-42-135-PF, ZTEG-2P-42-162-PF, ZTEG-2P-42-216-PF.	742 788	742 788
3101078	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps prox dégres. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps proximal dégressif, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2PT-32-160-PF, ZTEG-2PT-32-200-PF, ZTEG-2PT-34-157-PF, ZTEG-2PT-34-197-PF, ZTEG-2PT-36-157-PF, ZTEG-2PT-36-197-PF, ZTEG-2PT-38-152-PF, ZTEG-2PT-38-202-PF, ZTEG-2PT-40-158-PF, ZTEG-2PT-40-208-PF, ZTEG-2PT-42-158-PF, ZTEG-2PT-42-208-PF.	742 788	742 788
3176320	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, syst mod, corps dist cylind. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, système modulaire, corps distal cylindrique, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ZTEG-2D-28-127-PF, ZTEG-2D-28-147-PF, ZTEG-2D-28-207-PF, ZTEG-2D-30-127-PF, ZTEG-2D-30-147-PF, ZTEG-2D-30-207-PF, ZTEG-2D-32-127-PF, ZTEG-2D-32-147-PF, ZTEG-2D-32-207-PF, ZTEG-2D-34-136-PF, ZTEG-2D-34-186-PF, ZTEG-2D-36-136-PF, ZTEG-2D-36-186-PF, ZTEG-2D-38-136-PF, ZTEG-2D-38-186-PF, ZTEG-2D-40-144-PF, ZTEG-2D-40-198-PF, ZTEG-2D-42-144-PF, ZTEG-2D-42-198-PF.	742 788	742 788

3170725	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, extension proximale. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, extension proximale, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : TBE-22-80-PF, TBE-24-80-PF, TBE-26-80-PF, TBE-28-80-PF, TBE-30-80-PF, TBE-32-80-PF, TBE-34-77-PF, TBE-36-77-PF, TBE-38-77-PF, TBE-40-81-PF, TBE-42-81-PF.	634 500	634 500
3155170	Endoprothèse aortique tho., Cook, ZENITH TX2 Proform, extension distale. Endoprothèse aortique thoracique, ZENITH TX2 PROFORM, extension distale, de la société Cook France. Seules sont prises en charge les références suivantes : ESBE-22-80-T-PF, ESBE-24-80-T-PF, ESBE-26-80-T-PF, ESBE-28-80-T-PF, ESBE-30-80-T-PF, ESBE-32-80-T-PF, ESBE-34-77-T-PF, ESBE-36-77-T-PF, ESBE-38-77-T-PF, ESBE-40-81-T-PF, ESBE-42-81-T-PF.	331 350	331 350

Société Medtronic France (MEDTRONIC) SAS

La prise en charge de VALIANT est assurée en cas de :

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux, et disposant d'un plateau technique adéquat. Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extra-corporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA). Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3188576	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox freeflo 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 100 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF2222C100TE - VAMF2424C100TE - VAMF2626C100TE - VAMF2828C100TE - VAMF3030C100TE - VAMF3232C100TE - VAMF3434C100TE - VAMF3636C100TE - VAMF3838C100TE - VAMF4040C100TE - VAMF4242C100TE - VAMF4444C100TE - VAMF4646C100TE	698 655	698 655

3154034	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox freeflo 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 150 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF2222C150TE - VAMF2424C150TE - VAMF2626C150TE - VAMF2828C150TE - VAMF3030C150TE - VAMF3232C150TE - VAMF3434C150TE - VAMF3636C150TE - VAMF3838C150TE - VAMF4040C150TE - VAMF4242C150TE - VAMF4444C150TE - VAMF4646C150TE.	1 136 037	1 136 037
3177466	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, système modulaire, prox freeflo 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal ou section principale de longueur 200 mm avec extrémité proximale FreeFlo et extrémité distale closed web de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMF3030C200TE - VAMF3232C200TE - VAMF3434C200TE - VAMF3636C200TE - VAMF3838C200TE - VAMF4040C200TE - VAMF4242C200TE - VAMF4444C200TE - VAMF4646C200TE.	1 363 188	1 363 188
3123192	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 100 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222C100TE - VAMC2424C100TE - VAMC2626C100TE - VAMC2828C100TE - VAMC3030C100TE - VAMC3232C100TE - VAMC3434C100TE - VAMC3636C100TE - VAMC3838C100TE - VAMC4040C100TE - VAMC4242C100TE - VAMC4444C100TE - VAMC4646C100TE.	698 655	698 655
3142255	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 150 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222C150TE - VAMC2424C150TE - VAMC2626C150TE - VAMC2828C150TE - VAMC3030C150TE - VAMC3232C150TE - VAMC3434C150TE - VAMC3636C150TE - VAMC3838C150TE - VAMC4040C150TE - VAMC4242C150TE - VAMC4444C150TE - VAMC4646C150TE.	1 136 037	1 136 037
3111591	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CW 200 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle de longueur 200 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC3030C200TE - VAMC3232C200TE - VAMC3434C200TE - VAMC3636C200TE - VAMC3838C200TE - VAMC4040C200TE - VAMC4242C200TE - VAMC4444C200TE - VAMC4646C200TE.	1 363 188	1 363 188

3149197	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, distal CWBS 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps distal ou section additionnelle distale de longueur 100 mm avec extrémité proximale closed web (CW) et distale bare spring (BS) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2222B100TE - VAMC2424B100TE - VAMC2626B100TE - VAMC2828B100TE - VAMC3030B100TE - VAMC3232B100TE - VAMC3434B100TE - VAMC3636B100TE - VAMC3838B100TE - VAMC4040B100TE - VAMC4242B100TE - VAMC4444B100TE - VAMC4646B100TE.	698 655	698 655
3110580	Endoprothèse aortique thoracique, MEDTRONIC, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, prox degres 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, VALIANT CAPTIVIA, système modulaire, corps proximal dégressive ou section additionnelle proximale dégressive de longueur 150 mm avec extrémité proximale et distale closed web (CW) de la société MEDTRONIC France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : VAMC2622C150TE - VAMC2824C150TE - VAMC3026C150TE - VAMC3228C150TE - VAMC3430C150TE - VAMC3632C150TE - VAMC3834C150TE - VAMC4036C150TE - VAMC4238C150TE - VAMC4440C150TE - VAMC4642C150TE.	1 136 037	1 136 037

Société WL Gore & Associés (GORE)

La prise en charge de TAG et CONFORMABLE TAG est assurée en cas de :

- anévrismes de plus de 6 cm de diamètre ;
- dissections aiguës lorsqu'il existe une indication opératoire ;
- ulcères pénétrants en cas de complications ;
- ruptures traumatiques de l'isthme dans un contexte de polytraumatisme.

La réalisation de l'implantation doit être effectuée dans des centres ayant l'expertise des deux traitements endovasculaires et chirurgicaux et disposant d'un plateau technique adéquat.

Une réflexion multidisciplinaire doit être mise en œuvre, en particulier, sur le risque de conversion chirurgicale et l'éventuel recours à une circulation extracorporelle (CEC).

La présence d'un collet proximal d'au moins 2 cm de longueur, permettant de poser l'endoprothèse doit être vérifiée.

Les patients doivent être informés des avantages et inconvénients des techniques de réparations disponibles, que sont la chirurgie ouverte et la prothèse endo-aortique (PEA).

Une surveillance annuelle par CT-scan, ou IRM + radiographie doit être réalisée.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	DESIGNATION	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3105900	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 100 mm Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG2610, TAG2810, TAG3110, TAG3410, TAG3710, TAG4010 et TAG4510.	698 655	698 655
3181835	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 150 mm Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 150 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG2815, TAG3115, TAG3415, TAG3715, TAG4015, TAG4515.	1 136 037	1 136 037
3169107	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, TAG, 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, TAG, système modulaire, corps de longueur 200 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TAG3420, TAG3720, TAG4020, TAG4520.	1 363 188	1 363 188
3121170	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 100 mm. Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE212110, TGE262610, TGE282810, TGE313110, TGE343410, TGE373710, TGE404010, TGE454510.	698 655	698 655
3105969	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 150 mm. Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 150 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE282815, TGE313115, TGE343415, TGE373715, TGE404015, TGE454515.	1 136 037	1 136 037
3134362	Endoprothèse aort tho., système mod, GORE, Conformable-TAG, 200 mm Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps de longueur 200 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE343420, TGE373720, TGE404020, TGE454520.	1 363 188	1 363 188
3107537	Endoprothèse aort tho., système mod, dégressif, GORE, Conformable-TAG, 100 mm Endoprothèse aortique thoracique, Conformable-TAG, système modulaire, corps dégressif de longueur 100 mm. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : TGE262110, TGE312610.	698 655	698 655

C. - Endoprothèses veineuses pour le traitement des pathologies de la veine cave supérieure et des veines innominées

Société Boston Scientific SA (Boston)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3120621	<p>Endoprothèse veineuse, BOSTON, WALLSTENT.</p> <p>WALLSTENT est composé de 2 parties : un stent métallique implantable, autoexpansible, et du dispositif de mise en place UNISTEP Plus.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les lésions de la veine cave supérieure et des veines innominées dans les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement d'un syndrome cave supérieure (d'origine maligne) mal toléré, malgré un traitement médical bien conduit et, si nécessaire, un traitement radiochimique adapté à la lésion initiale ; - le traitement d'une obstruction de la voie veineuse centrale ou pour l'augmentation du diamètre de la lumière de la voie veineuse centrale suite à l'échec de l'angioplastie (resténose précoce ou sténose résiduelle) chez des patients en hémodialyse chronique ayant une sténose de la voie veineuse de sortie. Les vaisseaux pouvant être traités à l'aide de l'endoprothèse WALLSTENT sont les veines brachio-céphaliques et sous-clavières dont le diamètre est compris entre 8 et 15 mm. L'angioplastie est considérée comme un échec en cas de sténose résiduelle > 30 % pour une veine dont le diamètre est < 10 mm ou > 50 % pour une veine dont le diamètre est supérieur à 10 mm, une déchirure affectant l'intégrité de la lumière de l'intima, une occlusion brutale du site de la lésion ou un spasme réfractaire. <p>Dans l'indication de traitement d'un syndrome cave supérieure, la prise en charge devra se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant chirurgiens et oncologues.</p> <p>Dans l'indication relative aux patients en hémodialyse chronique, la prise en charge devra se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire avec des équipes chirurgicales et des équipes de dialyse pour ne pas compromettre une modification de l'abord d'hémodialyse.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 10 mm : M001731320, M001731330, M001731340, M001731350, M001731360, M001731370, M001731380, M001731390 ; - diamètre 12 mm : M001731400, M001731410, M001731420, M001731430, M001731440, M001731450, M001731460, M001731470 ; - diamètre 14 mm : M001731480, M001731490, M001731500, M001731510 ; - diamètre 16 mm : M001731520, M001731530, M001731540, M001731550 ; - diamètre 18 mm : M001731560, M001731570, M001731580 ; - diamètre 20 mm : M001731590, M001731600, M001731610 ; 	118 654	118 654

D. - Endoprothèses artérielles des lésions de l'artère poplitée, des artères sous-poplitées et fémoro-poplitées

Société Abbott France (Abbott)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3128373	<p>Endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible, Abbott, XPERT.</p> <p>Système d'endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible XPERT, de la société Abbott France.</p> <p>La prise en charge est assurée pour le traitement des lésions artérielles sous-poplitées du membre inférieur en cas de résultat insuffisant de l'angioplastie par ballonnet caractérisé par la présence d'une sténose résiduelle, de resténose, de dissection, d'une occlusion aiguë ou de principe en première intention pour les recanalisations.</p> <p>L'implantation de ce dispositif est contre-indiquée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la coagulation ; - lésions calcifiées résistant à l'angioplastie ; - obstruction en amont d'un lit distal à faible débit ; - présence de thrombus frais ou de matériel embolique ; - lésions de bifurcation. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 3 mm : EX8S2003, EX8S3003, EX8S4003, EX8L2003, EX8L3003, EX8L4003 ; - diamètre 4 mm : EX8S2004, EX8S3004, EX8S4004, EX8S6004, EX8L2004, EX8L3004, EX8L4004, EX8L6004, 83010-02, 83011-02. - diamètre 5 mm : EX8S2005, EX8S3005, EX8S4005, EX8S6005, EX8L2005, EX8L3005, EX8L4005, EX8L6005 ; - diamètre 6 mm : EX8S2006, EX8S3006, EX8S4006, EX8S6006, EX8L2006, EX8L3006, EX8L4006, EX8L6006 ; - diamètre 8 mm : EX8S3008, EX8S4008, EX8S6008, EX8L3008, EX8L4008, EX8L6008. 	118 654	118 654
3163607	<p>Endoprothèse artérielle périphérique auto-expansible, Abbott, XPERT PRO.</p> <p>La prise en charge est assurée pour le traitement des lésions artérielles sous-poplitées du membre inférieur en cas de résultat insuffisant de l'angioplastie par ballonnet caractérisé par la présence d'une sténose résiduelle, de resténose, de dissection, d'une occlusion aiguë ou de principe en première intention pour les recanalisations.</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la coagulation ; - lésions calcifiées résistant à l'angioplastie ; - obstruction en amont d'un lit distal à faible débit ; - présence de thrombus frais ou de matériel embolique ; - lésions de bifurcation. <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diamètre 3 mm : 17525-20, 17525-30, 17525-40, 17525-60, 17525-80, 17525-100, 17538-20, 17538-30, 17538-40, 17538-60, 17538-80, 17538-100 ; - Diamètre 4 mm : 17526-20, 17526-30, 17526-40, 17526-60, 17526-80, 17526-100, 17539-20, 17539-30, 17539-40, 17539-60, 17539-80, 17539-100 ; - Diamètre 5 mm : 17527-20, 17527-30, 17527-40, 17527-60, 17527-80, 17527-100, 17540-20, 17540-30, 17540-40, 17540-60, 17540-80, 17540-100 ; - Diamètre 6 mm : 17528-20, 17528-30, 17528-40, 17528-60, 17528-80, 17541-20, 17541-30, 17541-40, 17541-60, 17541-80 ; - Diamètre 8 mm : 17529-30, 17529-40, 17529-60, 17542-30, 17542-40, 17542-60. 	118 654	118 654

3119210	<p>Endoprothèse périphérique, stent lib éverolimus, Abbott, XIENCE PRIME BTK</p> <p>Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus XIENCE PRIME BTK de la société Abbott France.</p> <p>Indications de prise en charge: Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (J 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence $\geq 2,25$ mm et $\leq 4,25$ mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet.</p> <p>Modalités de prescription: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p> <p>Références prises en charge:</p> <p>—diamètre 2,25 mm: 1012645-08, 1012645-12, 1012645-15, 1012645-18, 1012645-23, 1012645-28</p> <p>—diamètre 2,5 mm: 1012646-08, 1012646-12, 1012646-15, 1012646-18, 1012646-23, 1012646-28, 1012646-33, 1012646-38</p> <p>—diamètre 2,75 mm: 1012647-08, 1012647-12, 1012647-15, 1012647-18, 1012647-23, 1012647-28, 1012647-33, 1012647-38</p> <p>—diamètre 3 mm: 1012648-08, 1012648-12, 1012648-15, 1012648-18, 1012648-23, 1012648-28, 1012648-33, 1012648-38</p> <p>—diamètre 3,5 mm: 1012649-08, 1012649-12, 1012649-15, 1012649-18, 1012649-23, 1012649-28, 1012649-33, 1012649-38</p> <p>—diamètre 4 mm: 1012650-08, 1012650-12, 1012650-15, 1012650-18, 1012650-23, 1012650-28, 1012650-33, 1012650-38</p>	118 655	118 655
---------	---	---------	---------

Société Boston Scientific SAS (Boston)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	------------------

3124300	<p>Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS BTK</p> <p>Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place monorail, PROMUS ELEMENT PLUS MONORAIL BTK de la société Boston Scientific SAS.</p> <p>Indications prises en charge :</p> <p>Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (J 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence $\geq 2,25$ mm et $\leq 4,25$ mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet.</p> <p>Modalités de prescription :</p> <p>La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>H74939215220810, H74939215221210, H74939215221610, H74939215222010, H74939215222410, H74939215222810, H74939215223210, H74939215250810, H74939215251210, H74939215251610, H74939215252010, H74939215252410, H74939215252810, H74939215253210, H74939215253810, H74939215270810, H74939215271210, H74939215271610, H74939215272010, H74939215272410, H74939215272810, H74939215273210, H74939215273810, H74939215300810, H74939215301210, H74939215301610, H74939215302010, H74939215302410, H74939215302810, H74939215303210, H74939215303810, H74939215350810, H74939215351210, H74939215351610, H74939215352010, H74939215352410, H74939215352810, H74939215353210, H74939215353810, H74939215400810, H74939215401210, H74939215401610, H74939215402010, H74939215402410, H74939215402810, H74939215403210, H74939215403810.</p>	118 655	118 655
---------	---	---------	---------

3188330	<p>Endoprothèse périphérique, stent lib évérolimus, Boston, PROMUS OTW BTK</p> <p>Endoprothèse artérielle périphérique à libération d'évérolimus avec système de mise en place coaxial, PROMUS ÉLÉMENT PLUS Over the Wire BTK de la société Boston Scientific SAS.</p> <p>Indications prise en charge : Traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, au stade ischémie critique, imputable à des lésions (≥ 40 mm) artérielles sous poplitées avec un diamètre de vaisseau de référence ≥ 2,25 mm et ≤ 4,25 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet.</p> <p>Modalités de prescription :</p> <p>La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p> <p>Références prises en charge : H74939227220810, H74939227221210, H74939227221610, H74939227222010, H74939227222410, H74939227222810, H74939227223210, H74939227250810, H74939227251210, H74939227251610, H74939227252010, H74939227252410, H74939227252810, H74939227253210, H74939227253810, H74939227270810, H74939227271210, H74939227271610, H74939227272010, H74939227272410, H74939227272810, H74939227273210, H74939227273810, H74939227300810, H74939227301210, H74939227301610, H74939227302010, H74939227302410, H74939227302810, H74939227303210, H74939227303810, H74939227350810, H74939227351210, H74939227351610, H74939227352010, H74939227352410, H74939227352810, H74939227353210, H74939227353810, H74939227400810, H74939227401210, H74939227401610, H74939227402010, H74939227402410, H74939227402810, H74939227403210, H74939227403810.</p>	118 655	118 655
---------	---	---------	---------

Société WL GORE & Associés (GORE)

La prise en charge de VIABAHN est assurée pour le traitement des anévrismes de l'artère poplitée (AAP) symptomatiques ou asymptomatiques ? 20 mm de diamètre ou < 20 mm avec un thrombus mural.

La sélection des patients à la pose de l'endoprothèse VIABAHN doit être effectuée par une équipe multidisciplinaire incluant un chirurgien vasculaire et un radiologue interventionnel.

L'implantation de l'endoprothèse VIABAHN doit être réalisée par des chirurgiens vasculaires et les radiologues interventionnels formés à la technique.

Les patients doivent être informés des avantages et des inconvénients des deux techniques et des incertitudes à long terme, et de l'évolutivité possible de l'AAP.

Un traitement antiagrégant plaquettaire doit être administré avant la procédure, maintenu pendant la procédure et au cours de la période postopératoire. Le choix du traitement est laissé à l'appréciation du médecin.

La procédure peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale, selon les recommandations suivantes :

- la taille de l'endoprothèse à implanter doit être déterminée par des techniques de mesures précises, en prenant comme références la mesure du diamètre du vaisseau natif et la longueur de l'AAP ;
- pour assurer une implantation adéquate, le diamètre de l'implant doit être de 5 % à 20 % supérieur au diamètre de l'artère poplitée en amont et aval de l'AAP.
- l'endoprothèse doit recouvrir le vaisseau sain sur au moins 2 cm en amont et aval de l'AAP ;
- le positionnement de l'endoprothèse doit être contrôlé et confirmé sous examen fluoroscopique ;
- une angiographie de contrôle doit être effectuée afin d'évaluer l'exclusion du segment anévrismal ;

- si plusieurs dispositifs sont nécessaires :
 - ils doivent se superposer sur au moins 2 cm. L'ajustement par ballon du premier dispositif doit être effectué avant la mise en place du second dispositif ;
 - si des dispositifs de diamètres différents sont utilisés, le plus petit diamètre doit être mis en place en premier, puis le dispositif le plus large est introduit à l'intérieur du premier. En principe (sauf pour les diamètres de 11 et 13 mm), les diamètres des dispositifs emboîtés ne doivent pas différer de plus de 1 mm ;
 - la zone de recouvrement doit se situer au-dessus du creux poplité et ne doit pas être au niveau des extrémités de l'AAP. La mise en place de VIABAHN doit conduire à l'utilisation d'au maximum 3 éléments par anévrisme traité.
- La surveillance du patient implanté avec VIABAHN est obligatoire à long terme. Cette surveillance est sous la responsabilité de l'implanteur selon un calendrier précis dont le patient aura été informé.

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3126109	Endoprothèse artérielle couverte, GORE, VIABAHN. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Diam 5 : PAC050202, PAC050502, PAC051002, PAC051502 Diam 6 : PAC060201, PAC060202, PAC060501, PAC060502, PAC061001, PAC061002, PAC061501, PAC061502 Diam 7 : PAC070201, PAC070202, PAC070501, PAC070502, PAC071001, PAC071002, PAC071501, PAC071502 Diam 8 : PAC080201, PAC080202, PAC080501, PAC080502, PAC081001, PAC081002, PAC081501, PAC081502 Diam 9 : PAC090502, PAC091002, PAC091502 Diam 10 : PAC100502, PAC101002, PAC101502 Diam 11 : PAC110502, PAC111002 Diam 13 : PAC130502, PAC131002	282 000	282 000

Société Cook France (COOK)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3141310	<p>Endoprothèse périphérique, stent lib paclitaxel, Cook, Zilver PTX.</p> <p>Endoprothèse vasculaire périphérique, stent à libération de principe actif (paclitaxel) Zilver PTX de la société Cook France.</p> <p>La prise en charge est assurée pour le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique imputable à des lésions (de longueur < 14 cm) des artères fémoro-poplitées au-dessus du genou, ayant un diamètre de référence compris entre 4 et 9 mm, après échec de l'angioplastie par ballonnet.</p> <p>La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p> <p>L'endoprothèse est préchargée dans un cathéter de largage de 7,0 Fr (système d'introduction de 120 cm de longueur) ou 6,0 Fr (système d'introduction de 80 ou 125 cm de longueur).</p> <p>L'endoprothèse Zilver PTX est disponible en diamètres :</p> <p>5, 6, 7, 8, 9 et 10 mm en version 6 Fr ;</p> <p>6, 7, 8, 9, 10 mm en version 7 Fr.</p> <p>Les longueurs disponibles sont :</p> <p>20, 30, 40, 60, 80, 100 et 120 mm en version 6 Fr ;</p> <p>20, 30, 40, 60, et 80 mm en version 7 Fr.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Système d'introduction 80 cm de Zilver PTX 6 Fr :</p> <p>ZIV6-35-80-5-20-PTX, ZIV6-35-80-5-30-PTX, ZIV6-35-80-5-40-PTX, ZIV6-35-80-5-60-PTX, ZIV6-35-80-5-80-PTX, ZIV6-35-80-5-100-PTX, ZIV6-35-80-5-120-PTX, ZIV6-35-80-6-20-PTX, ZIV6-35-80-6-30-PTX, ZIV6-35-80-6-40-PTX, ZIV6-35-80-6-60-PTX, ZIV6-35-80-6-80-PTX, ZIV6-35-80-6-100-PTX, ZIV6-35-80-6-120-PTX, ZIV6-35-80-7-20-PTX, ZIV6-35-80-7-30-PTX, ZIV6-35-80-7-40-PTX, ZIV6-35-80-7-60-PTX, ZIV6-35-80-7-80-PTX, ZIV6-35-80-7-100-PTX, ZIV6-35-80-7-120-PTX, ZIV6-35-80-8-20-PTX, ZIV6-35-80-8-30-PTX, ZIV6-35-80-8-40-PTX, ZIV6-35-80-8-60-PTX, ZIV6-35-80-8-80-PTX, ZIV6-35-80-8-100-PTX, ZIV6-35-80-8-120-PTX, ZIV6-35-80-9-20-PTX, ZIV6-35-80-9-30-PTX, ZIV6-35-80-9-40-PTX, ZIV6-35-80-9-60-PTX, ZIV6-35-80-9-80-PTX, ZIV6-35-80-9-100-PTX, ZIV6-35-80-9-120-PTX, ZIV6-35-80-10-20-PTX, ZIV6-35-80-10-30-PTX, ZIV6-35-80-10-40-PTX, ZIV6-35-80-10-60-PTX, ZIV6-35-80-10-80-PTX, ZIV6-35-80-10-100-PTX, ZIV6-35-80-10-120-PTX.</p> <p>Système d'introduction 125 cm de Zilver PTX 6 Fr :</p> <p>ZIV6-35-125-5-20-PTX, ZIV6-35-125-5-30-PTX, ZIV6-35-125-5-40-PTX, ZIV6-35-125-5-60-PTX, ZIV6-35-125-5-80-PTX, ZIV6-35-125-5-100-PTX, ZIV6-35-125-5-120-PTX, ZIV6-35-125-6-20-PTX, ZIV6-35-125-6-30-PTX, ZIV6-35-125-6-40-PTX, ZIV6-35-125-6-60-PTX, ZIV6-35-125-6-80-PTX, ZIV6-35-125-6-100-PTX, ZIV6-35-125-6-120-PTX, ZIV6-35-125-7-20-PTX, ZIV6-35-125-7-30-PTX, ZIV6-35-125-7-40-PTX, ZIV6-35-125-7-60-PTX, ZIV6-35-125-7-80-PTX, ZIV6-35-125-7-100-PTX, ZIV6-35-125-7-120-PTX, ZIV6-35-125-8-20-PTX, ZIV6-35-125-8-30-PTX, ZIV6-35-125-8-40-PTX, ZIV6-35-125-8-60-PTX, ZIV6-35-125-8-80-PTX, ZIV6-35-125-8-100-PTX, ZIV6-35-125-8-120-PTX, ZIV6-35-125-9-20-PTX, ZIV6-35-125-9-30-PTX, ZIV6-35-125-9-40-PTX, ZIV6-35-125-9-60-PTX, ZIV6-35-125-9-80-PTX, ZIV6-35-125-9-100-PTX, ZIV6-35-125-9-120-PTX, ZIV6-35-125-10-20-PTX, ZIV6-35-125-10-30-PTX, ZIV6-35-125-10-40-PTX, ZIV6-35-125-10-60-PTX, ZIV6-35-125-10-80-PTX, ZIV6-35-125-10-100-PTX, ZIV6-35-125-10-120-PTX.</p>	129 720	129 720
---------	---	---------	---------

	Système d'introduction 120 cm de Zilver PTX 7 Fr : ZIV7-35-120-6-20-PTX, ZIV7-35-120-7-20-PTX, ZIV7-35-120-8-20- PTX, ZIV7-35-120-9-20-PTX, ZIV7-35-120-10-20-PTX, ZIV7-35- 120-6-30-PTX, ZIV7-35-120-7-30-PTX, ZIV7-35-120-8-30-PTX, ZIV7-35-120-9-30-PTX, ZIV7-35-120-10-30-PTX, ZIV7-35-120-6- 40-PTX, ZIV7-35-120-7-40-PTX, ZIV7-35-120-8-40-PTX, ZIV7-35-120-9-40-PTX, ZIV7-35-120-10-40-PTX, ZIV7-35-120-6-60-PTX, ZIV7-35-120-7-60-PTX, ZIV7-35-120-8-60-PTX, ZIV7-35-120-9-60- PTX, ZIV7-35-120-10-60-PTX, ZIV7-35-120-6-80-PTX, ZIV7-35- 120-7-80-PTX, ZIV7-35-120-8-80-PTX, ZIV7-35-120-9-80-PTX, ZIV7-35-120-10-80-PTX.		
--	---	--	--

Paragraphe 6 : Stent intracrânien auto-expansible

La prise en charge est assurée pour l'aide à l'occlusion endovasculaire, par confinement de micro-spires à libération contrôlée, d'anévrismes intracrâniens, rompus ou non rompus, à collet large (fusiformes, sacciformes ou disséquants) pour lesquels le traitement endovasculaire simple (micro-spires seules) ou assisté par ballon est impossible.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION :

Ces stents doivent être utilisés uniquement par des équipes compétentes et en association avec des microspires à libération contrôlée.

L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié, conformément à la réglementation en vigueur.

La prise en charge est assurée pour les stents intracrâniens suivants:

Société Balt Extrusion (Balt)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101316	Stent intracrânien auto-expansible, BALT, LEO + La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes : LEO 2,5 × 12, LEO 2,5 × 18, LEO 3,5 × 12, LEO 3,5 × 18, LEO 3,5 × 25, LEO 4,5 × 20, LEO 4,5 × 25, LEO 4,5 × 30, LEO 4,5 × 40, LEO 4,5 × 50, LEO 5,5 × 25, LEO 5,5 × 30, LEO 5,5 × 35, LEO 5,5 × 50, LEO 5,5 × 75, LEO 6,5 × 30, LEO 6,5 × 35, LEO 6,5 × 40, LEO 6,5 × 60, LEO 6,5 × 80, LEO 7,5 × 35, LEO 7,5 × 50, LEO 7,5 × 70 et LEO 7,5 × 95.	388 455	388 455
3171593	Stent intracrânien auto-expansible, BALT, LEO + sur mesure.	388 455	388 455

Société Covidien France (Covidien)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196854	Stent intracrânien auto-expansible, Covidien, SOLITAIRE AB. Modalités d'utilisation Le détachement se fait à l'aide d'un système de détachement spécifique au stent SOLITAIRE et des câbles associés à ce système de détachement permettant un détachement par activation électrolytique. Les câbles sont à usage unique et ne sont pas compris dans le conditionnement du SOLITAIRE AB.	388 455	388 455

	Le système de détachement non à usage unique sera fourni par le laboratoire. Références prises en charge SAB-3-20, SAB-3-30, SAB-4-15, SAB-4-20, SAB-4-30, SAB-4-40, SAB-5-20, SAB-5-30, SAB-5-40, SAB-6-20 et SAB-6-30		
--	--	--	--

Société STRYCKER France SAS (STRYCKER)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109513	Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM 3. La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes: M003E3250100, M003E3250150, M003E3250200, M003E3300100, M003E3300150, M003E3300200, M003E3300300, M003E3350100, M003E3350150, M003E3350200, M003E3350300, M003E3400100, M003E3400150, M003E3400200, M003E3400300, M003E3450100, M003E3450150, M003E3450200, M003E3450300.	388 455	388 455
3114750	Stent intracrânien auto-expansible, STRYKER, NEUROFORM EZ 3. La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes: M003E3250100, M003E3250150, M003E3250200, M003E3300100, M003E3300150, M003E3300200, M003E3300300, M003E3350100, M003E3350150, M003E3350200, M003E3350300, M003E3400100, M003E3400150, M003E3400200, M003E3400300, M003E3450100, M003E3450150, M003E3450200, M003E3450300.	388 455	388 455

Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3163346	Stent intracrânien auto-expansible, CODMAN, ENTERPRISE. La prise en charge de ce stent intracrânien est assurée pour les références suivantes : ENC451412, ENC452212, ENC452812, ENC453712, ENC451425, ENC452225, ENC452825, ENC453725, ENC451400, ENC452200, ENC452800, ENC453700.	388 455	388 455

Paragraphe 7 : Endoprothèse oesophagienne

Société Boston Scientific (Boston)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3132140	<p>Endoprothèse oesophagienne plastique auto-expansible, Boston, POLYFLEX.</p> <p>La prise en charge est assurée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des sténoses oesophagiennes bénignes récidivantes après échec de dilatations répétées ; - le traitement de fistules oesophagiennes post-opératoires. <p>Ce dispositif doit être mis en place par des chirurgiens ou des gastro-entérologues formés aux techniques d'endoscopie digestive.</p> <p>Un plateau radiologique est nécessaire durant toute l'intervention.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M00514270, M00514280, M00514290, M00514300, M00514310, M00514320, M00514330, M00514340, M00514350.</p>	84 600	84 600
---------	--	--------	--------

Paragraphe 8 : Endoprothèse intra-hépatique

Société WL Gore et associés SARL (Gore)

Code	RÉFÉRENCE	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3151372	<p>Endoprothèse intra-hépatique, Gore, VIATORR TIPS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour le traitement des complications de l'hypertension portale que sont les hémorragies par ruptures de varices oesophagiennes ou gastriques, récidivantes malgré un traitement conventionnel bien conduit et les ascites réfractaires.</p> <p>L'implantation de l'endoprothèse VIATORR doit être réalisée dans des centres possédant un plateau technique de radiologie vasculaire et interventionnelle avec des opérateurs entraînés aux procédures radiologiques d'intervention hépatique, y compris les procédures TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), et disposant d'un environnement médico-chirurgical hépatogastro-entérologique y compris de transplantation hépatique.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : PT084275, PT085275, PT086275, PT087275, PT088275, PT104275, PT105275, PT106275, PT107275, PT108275.</p>	386 742	386 742

Paragraphe 9 : Implant d'embolisation artérielle (pour fistule artérioveineuse, tumeur, anévrisme)

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3123690	Implant d'embolisation artérielle métallique poussé, artères périphériques. Implant pour l'occlusion des artères périphériques	13 413	13 413
3183142	Implant d'embolisation artérielle à détachement mécanique	49 117	49 117
3162217	Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de diamètre constant. Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	88 733	88 733
3121661	Implant d'embolisation artérielle à détachement électrique de forme complexe. Implant (spire) pour l'occlusion des artères neurologiques	101 114	101 114
3106087	Implant d'embolisation artérielle non métallique (1 ml). Implant constitué de particules synthétiques	9 673	9 673
3136378	Implant d'embolisation artérielle non métallique (2 ml). Implant constitué de particules synthétiques	18 471	18 471

Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)

La prise en charge est assurée pour le traitement sélectif des anévrismes artériels intracrâniens:

- rompus (urgence thérapeutique);
- non rompus, lorsque l'évaluation du rapport bénéfice/risque par une équipe multidisciplinaire incluant le neuroradiologue interventionnel et un neurochirurgien permet d'établir la nécessité de ce type d'intervention thérapeutique.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3184549	Micro-spires, TRUFILL DCS & DCS Orbit, forme simple, CODMAN. Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS & TRUFILL DCS Orbit, formes simples, de la société CODMAN. Formes simples: Trufill DCS Helical fill: 635F01030, 635F00930, 635F00915, 635F00830, 635F00815, 635F00715, 635F00615, 635F00610, 635F00512, 635F00508, 635F00410, 635F00406, 635F00304, 635F00303, 635F00202, 635F00408, 635F00310, 635F00308, 635F00306, 635F00208, 635F00206, 635F00204, 635F00203, 635F02030, 635F01830, 635F01630, 635F01430, 635F01230, 635F00404. Trufill DCS Helical Basket: 635B02030, 635B01830, 635B01630, 635B01430, 635B01230, 635B01030, 635B00930, 635B00915, 635B00830, 635B00820, 635B00725, 635B00620, 635B00512, 635B00410. Trufill DCS Orbit Helical Fill: 637HF0202, 637HF0203, 637HF0204, 637HF0206, 637HF0208, 637HF0303, 637HF0304, 637HF0306, 637HF0308, 637HF0310, 637HF0404, 637HF0406, 637HF0408, 637HF0410, 637HF0508, 637HF0512, 637HF0610, 637HF0615, 637HF0715, 637HF0815, 637HF0830, 637HF0915, 637HF0930, 637HF1030, 637HF1230.	88 733	88 733

3162482	<p>Microspires, TRUFILL DCS & DCS Orbit, forme complexe, CODMAN.</p> <p>Microspires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens TRUFILL DCS & TRUFILL DCS Orbit, formes complexes et mini complexes, de la société CODMAN.</p> <p>Formes complexes :</p> <p>Trufill DCS Complex Fill : 636F00921, 636F00815, 636F00713, 636F00609, 636F00505, 636F00403, 636F02030, 636F01830, 636F01630, 636F01430, 636F01230, 636F01030, 636F00410, 636F00515, 636F00615, 636F00721, 636F00824, 636F00925.</p> <p>Trufill DCS Complex Basket : 636B02030, 636B01830, 636B01630, 636B01430, 636B01230, 636B01030, 636B00921, 636B00815, 636B00713, 636B00609, 636B00505, 636B00403.</p> <p>Trufill DCS ORBIT Complex Fill : 637CF0505, 637CF0510, 637CF0515, 637CF0609, 637CF0615, 637CF0713, 637CF0721, 637CF0815, 637CF0824, 637CF0915, 637CF0925, 637CF1030, 637CF1230.</p> <p>Trufill DCS ORBIT Complex Standard : 637CS0615, 637CS0721, 637CS0824, 637CS0925, 637CS1030, 637CS1230, 637CS1430, 637CS1630, 637CS1830, 637CS2030.</p> <p>Trufill DCS ORBIT Complex Fill (Reduced Distal Loop Coils) : 638CF0510, 638CF0515, 638CF0615, 638CF0721, 638CF0824, 638CF0925, 638CF1030, 638CF1230.</p> <p>Trufill DCS ORBIT Complex Standard (Reduced Distal Loop Coils) : 638CS0615, 638CS0721, 638CS0824, 638CS0925, 638CS1030, 638CS1230, 638CS1430, 638CS1630, 638CS1830, 638CS2030.</p> <p>Formes mini complexes :</p> <p>Trufill DCS ORBIT Mini Complex Fill : 637MF0201, 637MF0202, 637MF0303, 637MF0304, 637MF0403, 637MF0407, 637MF0410, 637MF2525, 637MF2535, 637MF2545, 637MF0306, 637MF3505, 637MF3575, 637MF3509.</p> <p>Trufill DCS ORBIT Mini Complex Fill (Reduced Distal Loop Coils) : 638MF0407, 638MF0410.</p>	101 114	101 114
3184839	<p>Micro-spikes, ORBIT GALAXY, forme simple, CODMAN</p> <p>Micro-spikes d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY, formes simples, de la société CODMAN France.</p> <p>Formes simples :</p> <p>ORBIT GALAXY Helical Fill : 640HF0202, 640HF0203, 640HF0204, 640HF0205, 640HF0206, 640HF0207, 640HF0208, 640HF2510, 640HF0303, 640HF0304, 640HF0305, 640HF0306, 640HF0307, 640HF0308, 640HF0309, 640HF0310, 640HF3510, 640HF0404, 640HF0406, 640HF0408, 640HF0410, 640HF0412, 640HF0415, 640HF0505, 640HF0508, 640HF0510, 640HF0512, 640HF0515, 640HF0520, 640HF0609, 640HF0610, 640HF0615, 640HF0620, 640HF0713, 640HF0715, 640HF0721, 640HF0725, 640HF0730, 640HF0815, 640HF0824, 640HF0825, 640HF0826, 640HF0827, 640HF0828, 640HF0829, 640HF0830, 640HF0915, 640HF0925, 640HF0926, 640HF0927, 640HF0928, 640HF0929, 640HF0930, 640HF1030, 640HF1230, 640HF1430, 640HF1630, 640HF1830, 640HF2030.</p> <p>ORBIT GALAXY Helical Xtrasoft : 640HX0201, 640HX0202, 640HX0203, 640HX0204, 640HX0205, 640HX0206, 640HX0207, 640HX0208.</p> <p>ORBIT GALAXY Helical Frame : 640HR0609, 640HR0610, 640HR0615, 640HR0620, 640HR0713, 640HR0715, 640HR0721, 640HR0725, 640HR0730, 640HR0815, 640HR0824, 640HR0825, 640HR0826, 640HR0827, 640HR0828, 640HR0829, 640HR0830, 640HR0915, 640HR0925, 640HR0926, 640HR0927, 640HR0928, 640HR0929, 640HR0930, 640HR1030, 640HR1230, 640HR1430, 640HR1630, 640HR1830, 640HR2030, 640HR2230, 640HR2430, 640HR2630.</p>	88 733	88 733

3105604	<p>Micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens ORBIT GALAXY, formes complexes et mini complexes, de la société CODMAN France.</p> <p>Formes complexes : ORBIT GALAXY Complex Fill : 640CF0403, 640CF0404, 640CF0406, 640CF0407, 640CF0408, 640CF0410, 640CF0412, 640CF0415, 640CF0505, 640CF0508, 640CF0510, 640CF0512, 640CF0515, 640CF0609, 640CF0610, 640CF0615, 640CF0620, 640CF0713, 640CF0715, 640CF0721, 640CF0725, 640CF0815, 640CF0824, 640CF0825, 640CF0826, 640CF0827, 640CF0828, 640CF0829, 640CF0915, 640CF0925, 640CF1030, 640CF1230, 640CF1430, 640CF1630, 640CF1830, 640CF2030. ORBIT GALAXY Complex Xtrasoft : 640CX0201, 640CX0202, 640CX2525, 640CX2535, 640CX2545, 640CX2505, 640CX0303, 640CX0304, 640CX0305, 640CX0306, 640CX0307, 640CX0308, 640CX3505, 640CX3575, 640CX3509, 640CX3515, 640CX0403, 640CX0404, 640CX0406, 640CX0407, 640CX0408, 640CX0410, 640CX0412, 640CX0415, 640CX0505, 640CX0508, 640CX0510, 640CX0512, 640CX0515, 640CX0609, 640CX0610, 640CX0615, 640CX0620. ORBIT GALAXY Complex Fram : 640CR0609, 640CR0610, 640CR0615, 640CR0620, 640CR0713, 640CR0715, 640CR0721, 640CR0725, 640CR0815, 640CR0824, 640CR0825, 640CR0826, 640CR0827, 640CR0828, 640CR0829, 640CR0830, 640CR0915, 640CR0925, 640CR0926, 640CR0927, 640CR0928, 640CR0929, 640CR0930, 640CR1030, 640CR1230, 640CR1430, 640CR1630, 640CR1830, 640CR2030.</p> <p>Formes mini complexes : ORBIT GALAXY Mini Complex Fill : 640CF0201, 640CF0202, 640CF2525, 640CF2535, 640CF2545, 640CF2505, 640CF0303, 640CF0304, 640CF0305, 640CF0306, 640CF0307, 640CF0308, 640CF3505, 640CF3575, 640CF3509, 640CF3515.</p>	101 114	101 114
---------	--	---------	---------

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3102066	<p>Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 18 ou ONYX LES 18.</p> <p>Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml.</p> <p>Indications d'ONYX :</p> <ul style="list-style-type: none"> - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes. <p>Référence prise en charge pour ONYX :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONYX: 105-7000-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %). <p>Contre-indications d'ONYX :</p> <p>La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul.</p>	86 292	86 292

	<p>Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité.</p> <p>Indications d'ONYX LES : - embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale.</p> <p>Références prises en charge pour ONYX LES : - ONYX LES : 105-7200-060 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6 %).</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p>		
3118541	<p>Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 20. Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml d'ONYX, un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml.</p> <p>Indications d'ONYX : - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durale.</p> <p>Référence prise en charge pour ONYX : - ONYX : 105-7000-065 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 6,5 %).</p> <p>Contre-indications d'ONYX : La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité.</p>	86 292	86 292
3163369	<p>Implant d'embolisation liquide, eV3, ONYX 34 ou ONYX LES 34. Chaque conditionnement comprend un flacon de 1,5 ml de l'implant (ONYX ou d'ONYX LES), un flacon de 1,5 ml de DMSO (diméthylsulfoxyde), deux seringues d'injection d'ONYX de 1 ml et une seringue de DMSO (diméthylsulfoxyde) de 1 ml.</p> <p>Indications d'ONYX : - embolisation des malformations artérioveineuses cérébrales ayant un nidus compact visible à l'imagerie permettant un reflux du produit dans la partie distale du vaisseau choisi pour le cathétérisme; - embolisation des fistules artérioveineuses durales intracrâniennes.</p>	86 292	86 292

	<p>Référence prise en charge pour ONYX : - ONYX: 105-7000-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %).</p> <p>Contre-indications D'ONYX : La présence d'une fistule artérioveineuse de haut débit à plein canal est une contre-indication à l'utilisation d'ONYX seul.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX: La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre accrédité.</p> <p>Indications d'ONYX LES : - embolisation des hémoptysies massives et/ou récidivantes, lorsque l'embolisation ne peut pas être réalisée à l'aide de particules non résorbables; - embolisation des malformations artérioveineuses périphériques; - embolisation des endofuites de type II (notamment en cas de croissance du sac anévrismal) après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale.</p> <p>Référence prise en charge pour ONYX LES : - ONYX LES : 105-7200-080 (concentration en copolymère d'alcool éthylène-vinyl 8 %).</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation d'ONYX LES : La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.</p>		
--	--	--	--

PIPELINE

Indications de prise en charge :

- anévrismes intracrâniens non rompus, sacciformes ou fusiformes, dont le diamètre du sac anévrismal est > 15 mm et inaccessibles aux thérapeutiques actuelles (traitement endovasculaire par confinement de microspires associé ou non à une technique d'aide à la mise en place [stents intracrâniens] ou utilisation d'un ballon temporaire ou traitement chirurgical) du fait de ses caractéristiques morphologiques.

Modalités d'utilisation et de prescription :

La décision d'implantation doit se faire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire incluant un neuroradiologue, un neurochirurgien et un neurologue. Conformément à la réglementation en vigueur, l'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.

Ce dispositif est réservé aux médecins formés aux techniques et aux interventions percutanées travaillant au sein d'établissements médicaux dotés d'un équipement radioscopique approprié.

PIPELINE doit être utilisé exclusivement par des médecins ayant reçu une formation appropriée à son emploi.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3195636	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 2,50. Références prises en charge en diamètre 2,50 : FA-77250-10, FA-77250-12, FA-77250-14, FA-77250-16, FA-77250-18, FA-77250-20.	1 327 490	1 327 490
3140641	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 2,75. Références prises en charge en diamètre 2,75 : FA-77275-10, FA-77275-12, FA-77275-14, FA-77275-16, FA-77275-18, FA-77275-20.	1 327 490	1 327 490
3103410	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,00. Références prises en charge en diamètre 3,00 : FA-77300-10, FA-77300-12, FA-77300-14, FA-77300-16, FA-77300-18, FA-77300-20, FA-71300-25, FA-71300-30, FA-71300-35.	1 327 490	1 327 490
3102391	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,25. Références prises en charge en diamètre 3,25 : FA-77325-10, FA-77325-12, FA-77325-14, FA-77325-16, FA-77325-18, FA-77325-20, FA-71325-25, FA-71325-30, FA-71325-35.	1 327 490	1 327 490
3104912	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,50. Références prises en charge en diamètre 3,50 : FA-77350-10, FA-77350-12, FA-77350-14, FA-77350-16, FA-77350-18, FA-77350-20, FA-71350-25, FA-71350-30, FA-71350-35.	1 327 490	1 327 490
3159600	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 3,75. Références prises en charge en diamètre 3,75 : FA-77375-10, FA-77375-12, FA-77375-14, FA-77375-16, FA-77375-18, FA-77375-20, FA-71375-25, FA-71375-30, FA-71375-35.	1 327 490	1 327 490
3133434	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,00. Références prises en charge en diamètre 4,00 : FA-77400-10, FA-77400-12, FA-77400-14, FA-77400-16, FA-77400-18, FA-77400-20, FA-71400-25, FA-71400-30, FA-71400-35.	1 327 490	1 327 490
3164802	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,25. Références prises en charge en diamètre 4,25 : FA-77425-10, FA-77425-12, FA-77425-16, FA-77425-18, FA-77425-20, FA-71425-25, FA-71425-30, FA-71425-35.	1 327 490	1 327 490
3164601	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,50. Références prises en charge en diamètre 4,50 : FA-77450-10, FA-77450-12, FA-77450-14, FA-77450-16, FA-77450-18, FA-77450-20, FA-71450-25, FA-71450-30, FA-71450-35.	1 327 490	1 327 490
3176350	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 4,75. Références prises en charge en diamètre 4,75 : FA-77475-10, FA-77475-12, FA-77475-14, FA-77475-16, FA-77475-18, FA-77475-20, FA-71475-25, FA-71475-30, FA-71475-35.	1 327 490	1 327 490
3136349	Endoprothèse pour embolisation, EV3, PIPELINE, diam 5,00. Références prises en charge en diamètre 5,00 : FA-77500-10, FA-77500-12, FA-77500-14, FA-77500-16, FA-77500-18, FA-77500-20, FA-71500-25, FA-71500-30, FA-71500-35.	1 327 490	1 327 490

Paragraphe 10 : Implant exovasculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3107460 301A02.6	Implant exovasculaire de gainage. Implant pour la prévention des ruptures d'anévrismes ou de fistules artérioveineuses (type filet de Barra)	73 257	73 257
3121030 301A02.7	Implant exovasculaire de fermeture de malformations congénitales. Implant (type ombrelle) de fermeture de malformations congénitales (canal artériel, communications intercavitaires...)	526 635	526 635
3104042 301A02.8	Implant exovasculaire de ligature interne, pour anévrismes vasculaires cérébraux, dit clip. Implant de ligature interne, pour anévrismes vasculaires cérébraux, de type "pince", dénommé clips.	18 573	18 573

Section 2. - Implants digestifs

La prise en charge des implants annulaires pour gastroplastie est assurée pour les patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois ;
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids ;
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
- risque opératoire acceptable.

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

La chirurgie bariatrique doit s'inscrire dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient au sein d'une stratégie médicale cohérente et globale comportant :

- un bilan préopératoire multidisciplinaire : médical (nutritionnel), chirurgical, anesthésique et psychologique ;
- une information du patient ;
- un suivi médical et chirurgical prolongé.

Précautions d'emploi :

Enfants et adolescents :

L'intervention n'est pas indiquée chez l'enfant et l'adolescent, hors situations exceptionnelles expertisées dans des structures spécialisées ayant une expérience. Ces structures doivent réunir une expertise en nutrition et en pédiatrie, en psychologie de l'enfant et de l'adolescent. L'organisation du suivi doit anticiper et assurer le relais de la pédiatrie à la médecine adulte.

Sujets de plus de 60 ans :

Les indications chez des sujets de plus de 60 ans doivent être mûrement réfléchies car les risques opératoires et les dangers de l'amaigrissement sont accrus (perte de masse maigre, de masse musculaire et leurs conséquences).

Femmes enceintes :

La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes.

Une contraception est recommandée dès que la chirurgie bariatrique est programmée puis généralement pendant 12 à 18 mois après l'intervention.

Equipes médico-chirurgicales :

La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients.

Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que de besoin (hépato-gastro-entérologue, diabétologue, radiologue, cardiologue, pneumologue, rhumatologue, médecin rééducateur, chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, etc.).

Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Si les membres de l'équipe pluridisciplinaire appartiennent à des établissements différents, les conditions de leur coopération doivent être précisées dans une charte.

Il est recommandé que la technique opératoire soit réalisée par un chirurgien justifiant d'une formation spécifique en chirurgie laparoscopique et en chirurgie bariatrique. L'équipe pluridisciplinaire ou le réseau d'établissements doivent :

- avoir l'expertise de la prise en charge de l'obésité morbide ;
- être en mesure de proposer aux patients les différentes techniques de chirurgie bariatrique.

Evaluation préopératoire et décision d'intervention :

L'évaluation médico-chirurgicale préopératoire comporte notamment :

- un bilan et une prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;
- une évaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- un bilan nutritionnel et vitaminique (dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12) et une correction des déficits éventuels, une évaluation des capacités de mastication ;
- une endoscopie œso-gastro-duodénale et la recherche d'*Helicobacter pylori*.

La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique aux plans diététique et de l'activité physique est recommandée dès la période préopératoire.

L'évaluation psychologique et psychiatrique est recommandée pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Information :

Le patient doit être informé à toutes les phases de la prise en charge dans le cadre de la chirurgie bariatrique. L'information doit porter principalement sur :

- les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie (nécessité d'une activité physique régulière) avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie bariatrique.

Cette information doit être dispensée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, relayés par le médecin traitant, les associations de patients et les réseaux quand ils existent. Elle doit être réalisée sous forme d'entretiens individuels, pouvant être complétés par des réunions collectives. La rencontre avec des patients déjà opérés est recommandée.

Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information.

L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention.

Suivi :

Le suivi et la prise en charge du patient après l'intervention doivent être assurés la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves).

La fréquence des consultations doit être au moins de 4 fois la première année, 1 ou 2 fois par an après. Le suivi médico-chirurgical doit mettre l'accent sur :

- la prévention et la recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle : recherche de signes cliniques (notamment signes neurologiques) et biologiques de dénutrition ou de carence vitaminique, supplémentation systématique après chirurgie malabsorptive (multivitamines, calcium, vitamine D, fer et vitamine B12) ;
- la recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical. Les traitements doivent être adaptés :
- traitement des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires...) ;
- traitements en cours pouvant faire l'objet d'une malabsorption après chirurgie malabsorptive (par exemple anti-vitamines K, hormones thyroïdiennes, antiépileptiques, etc.)

Le suivi éducatif établi en préopératoire au plan diététique et de l'activité physique est poursuivi. Le suivi au plan psychologique et psychiatrique est recommandé pour les patients qui présentaient des TCA ou des pathologies psychiatriques en préopératoire ; il est proposé au cas par cas pour les autres patients.

Plateau technique :

Les structures chirurgicales doivent disposer des équipements hôteliers adaptés aux personnes obèses, d'une salle d'opération disposant des conditions réglementaires d'asepsie et de sécurité, d'un bloc opératoire comprenant une table opératoire supportant une charge de plus de 250 kg et du matériel de coelioscopie adapté (trocar...), et des matériels adaptés pour ces corpulences (brancards et fauteuils roulants, brassards de tensiomètre de grande taille et pyjamas de grande taille).

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société Allergan France SAS (ALLERGAN)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3142953	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ALLERGAN, LAP BAND. La prise en charge est assurée pour les références : - B-20-210 : anneau d'un diamètre intérieur de 9,75 cm ; - B-20-220 : anneau d'un diamètre intérieur de 10 cm ; - B-20-230 : anneau d'un diamètre intérieur de 11 cm ; - B-20-250 dénommé Vanguard : anneau d'un diamètre intérieur de 12,2 cm.	141 000	141 000
3147324	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ALLERGAN, LAP BAND AP. La prise en charge est assurée pour les références : AB-20260 (petit modèle) et AB-20265 (grand modèle).	141 000	141 000

Société Cousin Biotech SAS

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3184510	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, COUSIN BIOTECH, BIORING. La prise en charge est assurée pour les références : RING230000, RINGS20000, BCBRI23POU, BCBRI20ADU, BCBRI23ADU.	141 000	141 000

Société ETHICON SAS, division ENDO-SURGERY (ETHICON)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3102793	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ETHICON, SAGB. Implant digestif ajustable pour gastroplastie, SAGB de la société ETHICON ENDO-SURGERY. La prise en charge est assurée pour la référence 2200-X.	141 000	141 000
3168409	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, ETHICON, BD3 XV avec PT2 XV. Anneau gastrique ajustable courbé avec le site d'injection sans sutures VELOCITY et son applicateur PT2 XV, de la société ETHICON SAS, division ETHICON ENDO-SURGERY.	141 000	141 000

Société Helioscopie

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3107098	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, HELIOSCOPIE, HELIOGAST. La prise en charge est assurée pour les références : - HAGA : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable HSI (modèle normal) ; - HAGA EV1 : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable EV1 (petit modèle) ; - HAGA EV3 : anneau gastrique ajustable Advanced, chambre implantable EV3 (piquage à 360°); - HAGE : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable HSI (modèle normal) ; - HAGE EV1 : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable EV1 (petit modèle) ; - HAGE EV3 : anneau gastrique ajustable Evolution, chambre implantable EV3 (piquage à 360°).	141 000	141 000

Medical Innovation Développement France (MID)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3185419	Implant digestif annulaire ajustable pour gastroplastie, MID, MIDBAND. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : MID008 et MID100-M	141 000	141 000

Section 3. - Implant neurologique

Section 4. - Implant ophtalmologique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3114922	Implant ophtalmologique lacrymal, bouchon ou clou-trou méatique.	9 243	9 243

Section 5. - Implants orthopédiques

Sous-section 1 : Implants articulaires

Paragraphe 1 : Implants articulaires de coude

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127416 301E01.11	Coude, extrémité supérieure radius, monobloc, non métallique.	27 943	27 943
3128226 301E01.12	Coude, extrémité supérieure radius, métallique ou mixte.	68 785	68 785
3108376 301E01.13	Coude, extrémité supérieure cubitus, métallique ou mixte.	100 168	100 168
3116588 301E01.14	Coude, extrémité inférieure, humérus, métallique	166 589	166 589
3102422 301E01.15	Coude, implant intermédiaire faisant charnière. la référence 3102422 ne peut s'ajouter qu'à une des trois références 3128226, 3108376 et 3116588.	38 692	38 692
3121684 301E01.16	Coude, Cale cubitale ou radiale de rehausse. la prise en charge de la référence 3121684 est assurée dans la limite de 14 616 F.CFP par intervention.	7 308	7 308

Implant articulaire de coude, sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du patient. La prise en charge est assurée, à titre exceptionnel et sur entente préalable : - dans les grands fracas osseux traumatiques, - ou dans les grands défauts osseux tumoraux ou lors d'une réintervention chirurgicale pour reprise de prothèse Les références 3146690 et 3147850 peuvent s'ajouter à la référence 3102422 de l'implant intermédiaire faisant charnière.		
3146690 301E01.171	Coude, implant articulaire huméral, sur mesure. La prise en charge est assurée à concurrence de 492 242 F.CFP .	492 242	492 242
3147850 301E01.172	Coude, implant articulaire cubital ou radial, sur mesure. La prise en charge est assurée à concurrence de 322 430 F.CFP .	322 430	322 430

Paragraphe 2 : Implants articulaires d'épaule

Une prothèse totale d'épaule est composée :

- d'une tige avec col ou entretoise,
- d'une tête indépendante de la tige (en cas de tige modulaire) ou non (en cas de tige monobloc),
- d'un implant glénoïdien monobloc ou d'une surface glénoïdienne amovible avec metal back.

Une prothèse d'épaule dite "intermédiaire" est composée :

- d'une tige avec col ou entretoise,
- d'une tête,
- d'une cupule intermédiaire qui exclut la pose d'un implant glénoïdien.

La prise en charge est assurée pour une seule unité de chacun de ces éléments.

La prise en charge de ligaments de l'épaule n'est pas assurée en sus de l'implant d'épaule (à l'exception, si nécessaire, d'un ligament de la coiffe des rotateurs).

Implant huméral

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Tige standard, cimentée ou non cimentée		
3113408 301E01.2111	Épaule, tige humérale standard, monobloc (tête comprise).	107 305	107 305
3187045 301E01.2112	Épaule, tige humérale standard, modulaire. Le tarif comprend le col et/ou l'entretoise et tous les accessoires (aileron, fourreau, vis de blocage ou d'union).	165 084	165 084
3115399 301E01.212	Épaule, tige humérale de reprise ou de reconstruction, monobloc ou modulaire. La prise en charge est assurée en première intention et en cas de reprise dans le cas où une tige standard ne peut être utilisée. Une tige de reprise ou de reconstruction est une tige égale ou supérieure à 20 cm (mesurée du bord interne de l'implant à sa partie inférieure).	196 038	196 038

Tête ou calotte seule

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le prix comprend le cône d'ancrage.		
3145785 301E01.2131	Épaule, tête ou calotte seule en polyéthylène.	24 762	24 762
3114715 301E01.2132	Épaule, tête ou calotte seule métallique	47 462	47 462

3100469 301E01.2133	Épaulé, tête ou calotte seule, céramique, bipolaire ou cupule intermédiaire. En cas de reprise, la prise en charge de la tête peut être assurée indépendamment de la prise en charge de la tige. Dans tous les autres cas, sa prise en charge n'est assurée qu'avec une tige modulaire.	72 224	72 224
------------------------	---	--------	--------

Implant glénoïdien, cimenté ou non cimenté

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le prix comprend tous les accessoires (système d'ancrage, aileron, plot...) La prise en charge d'une surface glénoïdienne peut être assurée seule en cas de reprise. Les références 3120762 et 3180215 peuvent s'ajouter.		
3120762 301E01.221	Épaulé, implant glénoïdien, monobloc ou surface glénoïdienne.	41 271	41 271
3180215 301E01.222	Épaulé, implant glénoïdien, embase métallique ou metal back.	72 224	72 224

Implants spéciaux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade. Ils sont réalisées d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante), - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale, - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Ils sont pris en charge lorsque la pose d'un implant standard, de reprise ou de reconstruction ne convient pas.		
3107862 301E01.231	Épaulé, tige spéciale. La prise en charge est assurée dans la limite de 196 038 F.CFP .	196 038	196 038
3157831	Épaulé, glène spéciale.	113 495	113 495
301E01.232	La prise en charge est assurée dans la limite de 113 495 F.CFP . La prise en charge de la référence 3157831 exclut la prise en charge des références 3120762 et 3180215.		

Paragraphe 3 : Implant articulaire du genou (contrainte ou non contrainte)

Les tarifs comprennent le coût du matériel ancillaire.

Implant fémoral (tige fémorale standard incluse)

Implant unicondylien ou unicompartimental.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3124027 301E01.3111	Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, cimenté.	85 036	85 036
3151662 301E01.3112	Genou, implant fémoral, unicondylien ou unicompartimental, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	98 879	98 879

Implant bicondylien, symétrique ou asymétrique, standard ou postéro-stabilisé

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Le tarif comprend l'implant trochléen monobloc.		
3127942 301E01.3121	Genou, implant fémoral, bicondylien, cimenté.	191 825	191 825
3151047 301E01.3122	Genou, implant fémoral, bicondylien, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	221 487	221 487

Implant fémoral bicondylien de prothèse totale de genou (standard ou postérostabilisé)

Implant trochléen

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	À l'exception de la partie trochléenne de l'implant bicondylien monobloc, prise en charge dans les références 3127942 et 3151047.		
3110539 301E01.3131	Genou, implant trochléen, cimenté.	63 282	63 282
3140931 301E01.3132	Genou, implant trochléen, cimenté, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	79 102	79 102

Implant fémoral de reprise, standard ou postéro stabilisé (tige fémorale incluse).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104987 301E01.321	Genou, implant fémoral de reprise, bicondylien, cimenté.	211 600	211 600
3184058 301E01.322	Genou, implant fémoral de reprise, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	241 264	241 264

Implant tibial

L'embase tibiale comprend la tige standard. Les implants tibiaux monobloc avec embase comprenant une partie métallique et un surmoulage en polyéthylène sont pris en charge par addition des références de l'insert et de l'embase correspondants.

Implant unicompartmental

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101606 301E01.3311	Genou, implant unicompartmental ou insert tibial en polyéthylène seul.	29 664	29 664
3131990 301E01.33121	Genou, embase tibiale unicompartmentale, métallique, cimentée.	69 215	69 215
3100920 301E01.33122	Genou, embase tibiale unicompartmentale, métallique, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface.	83 057	83 057

Implant bicompartimental, standard ou postéro stabilisé.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196133 301E01.3321	Genou, implant tibial bicompartimental monobloc avec embase tout en polyéthylène.	73 171	73 171
3181870 301E01.3322	Genou, implant tibial bicompartimental ou insert tibial en polyéthylène seul .	53 394	53 394

3152319 301E01.33231	Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, cimentée.	108 766	108 766
3191756 301E01.33232	Genou, implant tibial bicompartimental, embase métallique, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface.	138 430	138 430

Embase de reprise pour implant tibial bicompartimental (tige incluse).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Les implants tibiaux monobloc avec embase comprenant une partie métallique et un surmoulage en polyéthylène sont pris en charge par addition des références de l'insert et de l'embase correspondants. Les implants tibiaux avec embase et cale de rattrapage monobloc sont pris en charge par addition des références de l'embase de reprise et d'une seule cale de rattrapage.		
3105811 301E01.341	Genou, embase de reprise, cimentée.	158 205	158 205
3175711 301E01.342	Genou, embase de reprise, non cimentée. Avec ajout de matières à la surface	187 868	187 868

Prothèse totale spéciale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3195375 301E01.35	Genou, prothèse totale spéciale réalisée à l'unité. Ce sont des prothèses réalisées à l'unité à partir des mesures du malade, dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante). - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Leur prise en charge est soumise à l'obligation d'entente préalable conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée. La demande d'entente préalable doit comporter la preuve médicale que la pose d'un implant standard ou de reprise ne convient pas. La prise en charge est assurée à concurrence de 692 149 F.CFP .	692 149	692 149

Implant patellaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3157570 301E01.361	Genou, implant patellaire en polyéthylène seul.	19 775	19 775

3104830 301E01.362	Genou, implant patellaire en polyéthylène et métal cimenté.	39 552	39 552
3173764 301E01.363	Genou, implant patellaire, polyéthylène et métal, non cimenté. Avec ajout de matières à la surface.	49 439	49 439

Implants complémentaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101405 301E01.371	Genou, quille d'ancrage. À l'exception des tiges standards.	39 552	39 552
3187157 301E01.372	Genou, cale de rattrapage. Dans la limite de 2 cales par prothèse totale sauf dans le cas prévu pour les références 3105811 et 3175711.	39 552	39 552

Implant d'arthrodèse

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3171110 301E01.39	Genou, implant d'arthrodèse. Il comprend une tige fémorale et une tige tibiale solidaires d'une pièce intermédiaire non mobile.	214 953	214 953

Implant méniscal

Dispositif de réparation méniscale (attache ou ancre), résorbable ou non.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants en cas de:

- traitement des lésions méniscales traumatiques verticales, longitudinales, périphériques du sujet jeune;
- traitement des désinsertions du ménisque de la capsule;
- traitement des lésions méniscales associées à une rupture ligamentaire, excluant les lésions dégénératives.

Les dispositifs de réparation méniscale sont implantés par voie arthroscopique antérieure.

La prise en charge est assurée dans la limite de **85 982 F.CFP** par intervention.

Société Arthrex Sas (Arthrex)

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	------------	----------------	---------------------

3117910	Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, ARTHREX, MENISCAL CINCH. Le pousse nœud/coupe-fil est fourni avec l'ancre méniscale Meniscal Cinch. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : AR-4500. L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.	32 430	32 430
---------	--	--------	--------

Société Biomet France SARL

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3136059	Genou, implant méniscal, agrafe résorbable ou non, BIOMET, LACTOSORB. La prise en charge est assurée pour les références suivantes: - 905722 (agrafe méniscale LACTOSORB 11 mm), - 905724 (agrafe méniscale LACTOSORB 13 mm). L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.	32 430	32 430

Société ETHICON SAS, division DEPUY MITEK (DEPUY MITEK)

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104119	Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, DEPUY MITEK, OMNISPAN. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 228140 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 0 degré. - 228141 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 12 degrés. - 228142 : système de réparation méniscale OMNISPAN / 27 degrés. L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.	32 430	32 430
3158776 301E01.381	Genou, implant méniscal, attache résorbable ou non, DEPUY MITEK, J. FAST PDS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - 228116 (longueur 6 mm / aiguille 34°) ; - 228118 (longueur 8 mm / aiguille 34°) ; - 228126 (longueur 6 mm / aiguille 27°) ; - 228128 (longueur 8 mm / aiguille 27°) ; - 228136 (longueur 6 mm / aiguille 12°) ; - 228138 (longueur 8 mm / aiguille 12°). L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture). La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.	32 430	32 430

Société Smith & Nephew

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3102008 301E01.381	<p>Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, FAST FIX.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7207876 FAST-FIX (aiguille droite), - 7207877 FAST-FIX (aiguille courbe), - 7209205 FAST-FIX (aiguille reverse, courbe), - 7209398 FAST-FIX AB (aiguille droite), - 7209399 FAST-FIX AB (aiguille courbe), - 7209858 FAST-FIX AB (aiguille reverse, courbe). <p>L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture).</p> <p>La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.</p>	32 430	32 430
3173511	<p>Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, ULTRA FAST FIX.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72201491 : ULTRA FAST FIX courbe ; - 72201492 : ULTRA FAST FIX reverse ; - 72201494 : ULTRA FAST FIX AB courbe ; - 72201495 : ULTRA FAST FIX AB reverse. - 72201490 : ULTRA FAST FIX, aiguille droite ; - 72201493 : ULTRA FAST FIX AB, aiguille droite. <p>L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture).</p> <p>La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention.</p>	32 430	32 430
3189050	<p>Genou, implant méniscal, ancre résorbable ou non, SMITH & NEPHEW, FAST-FIX 360.</p> <p>Ancre non résorbable pour implant méniscal du genou, FAST-FIX 360, de la société SMITH & NEPHEW</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72202467 : FAST FIX 360 droit - 72202468 : FAST FIX 360 courbé - 72202469 : FAST FIX 360 reverse courbé <p>L'implant méniscal ou dispositif de réparation méniscale est composé de 2 ancrs (1 point de suture).</p> <p>La prise en charge est assurée dans la limite de 3 dispositifs de réparation méniscale (6 ancrs, 3 points de suture) par genou et par intervention</p>	32 430	32 430

Société LINVATEC France SARL (LINVATEC)

Code	Références	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	------------	----------------	---------------------

3198103	<p>Genou, implant méniscal, ancre non résorbable 4 implants,LINVATEC, SEQUENT.</p> <p>Le système SEQUENT préchargé en 4 implants permet de réaliser jusqu'à 3 points de suture, correspondant à 6 ancras.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MR004C : système de réparation méniscale courbé ; - MR004S : système de réparation méniscale droit. <p>La prise en charge est assurée dans la limite d'un dispositif de réparation méniscale par genou et par intervention, soit par 3 points de suture.</p>	64 860	64 860
---------	---	--------	--------

Paragraphe 4 : Implants articulaires de hanche

Une prothèse totale de hanche (PTH) est composée :

- d'une tige avec col,
- d'une tête indépendante de la tige (en cas de tige modulaire) ou non (en cas de tige monobloc ou de prothèse fémorale unipolaire monobloc),
- d'un cotyle monobloc ou modulaire avec insert amovible.

Une prothèse de hanche dite "intermédiaire" est composée:

- d'une tige avec col,
- d'une tête
- d'une cupule mobile qui exclut la pose d'un implant cotyloïdien.

La prise en charge est assurée pour une seule unité de chacun de ces éléments.

La prise en charge d'une tige ou d'un cotyle non cimenté exclut la prise en charge d'une des références de ciment (réf : 3133262 ou 3163659)

Tige standard (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3149323 301E01.411	Hanche, tige standard, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.	70 032	70 032
3199321 301E01.412	Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, cimentée.	106 122	106 122
3165517 301E01.413	Hanche, tige standard, col inclus, droite, modulaire, non cimentée	127 360	127 360

Tige anatomique (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige anatomique est une tige à remplissage fémoral proximal droit ou gauche ou à courbure proximale droite ou gauche.		
3144538 301E01.421	Hanche, tige anatomique, col inclus, cimentée.	128 971	128 971
3174960 301E01.422	Hanche, tige anatomique, col inclus, non cimentée.	150 639	150 639

Tige de reprise (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige de reprise est un implant destiné à remplacer une tige qui a déjà été implantée. La partie osseuse étant conservée, la longueur intra-osseuse de la tige est égale ou supérieure à 15 cm (mesurée du bord interne de l'implant à sa partie inférieure). La prise en charge d'une tige de reprise peut être assurée exceptionnellement, en première intention, lorsque les données anatomiques du patient nécessitent une tige de plus de 15 cm.		
3163487 301E01.431	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, monobloc, cimentée ou non.	95 525	95 525
3198528 301E01.432	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, cimentée.	132 670	132 670
3135692 301E01.433	Hanche, tige de reprise, col inclus, droite, modulaire, non cimentée.	149 006	149 006

Tige de reconstruction (col inclus)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Une tige de reconstruction est un implant comportant un appui diaphysaire qui permet le remplacement de l'épiphyse fémorale proximale, que ce soit en première implantation ou en révision complexe, lorsqu'une tige standard ou une tige anatomique n'est pas adaptée. La prise en charge n'est assurée qu'en cas d'ostéotomie trochantéro-diaphysaire.		
3143148 301E01.441	Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, cimentée.	165 084	165 084
3122169 301E01.442	Hanche, tige de reconstruction, col inclus, droite, non cimentée.	185 720	185 720

Tête et tête à jupe

Standards

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Pour les tiges standards et anatomiques, la prise en charge n'est assurée qu'avec les références 3199321, 3165517, 3144538 et 3174960. En cas de reprise, la prise en charge de la tête peut être assurée indépendamment de la prise en charge de la tige.		
3107916 301E01.451	Hanche, tête ou tête à jupe, métallique. Tête ou tête à jupe, métallique (métal ou alliage métallique).	30 480	30 480
3111390 301E01.452	Hanche, tête ou tête à jupe, céramique.	52 750	52 750

Têtes et têtes à jupe en alliage métallique

Tête ou tête à jupe en alliage métallique qui, associée à un insert ou à un cotyle en alliage métallique, a une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.

La prise en charge des têtes en alliage métallique n'est assurée sous les références 3155855, 3112314 et 3195180 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essais mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.

La prise en charge est assurée pour les têtes et têtes à jupe suivantes :

Société DEPUY France SAS (DEPUY)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3112314	<p>Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, DEPUY, PINNACLE ULTAMET</p> <p>1. Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de cinquante ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre cinquante et soixante-dix ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de soixante-dix ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>2. Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance rénale ; - allergies au chrome et au cobalt. <p>L'utilisation de ce produit n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. La fonction rénale doit être surveillée.</p> <p>3. Références prises en charge :</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 136511500, 136512500, 136513500, 136514500 et 136515500.</p> <p>Les têtes PINNACLE ULTAMET de plus de 28 mm ne sont pas prises en charge.</p>	52 750	52 750
---------	---	--------	--------

Société Zimmer France (Zimmer)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3155855 301E01.452	<p>Hanche, tête et tête à jupe alliage métallique, ZIMMER, METASUL.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ; - surveillance de la fonction rénale des patients implantés. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance rénale ; - allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. <p>Références prises en charge de la tête METASUL de diamètre 28 mm et 32 mm :</p> <ul style="list-style-type: none"> - têtes METASUL cône 8/10, diamètre 28/32 mm : 01.01052.285, 01.01052.286, 01.01052.287, 01.01052.325, 01.01052.326, 01.01052.327 ; - têtes METASUL cône 12/14, diamètre 28/32 mm : 19.28.05, 19.28.06, 19.28.07, 19.28.08, 19.32.05, 19.32.06, 19.32.07, 19.32.08 ; - têtes METASUL cône 14/16, diamètre 28/32 mm : 20.28.05, 20.28.06, 20.28.07, 20.32.05, 20.32.06, 20.32.07. 	51 299	51 299
-----------------------	---	--------	--------

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3195180	<p>Hanche, tête et tige à jupe alliage métallique, MATHYS, METAMYS.</p> <p>Tête modulaire METAMYS avec tige en alliage métallique en cobalt-chrome- molybdène pour prothèse totale de hanche, de la société Mathys Orthopédie SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée uniquement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>Par mesure de précaution chez les patients porteurs de ce dispositif, il est recommandé de surveiller la fonction rénale. Il est rappelé que l'utilisation de ce dispositif est contre-indiquée en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'insuffisance rénale ; - d'allergies au chrome et au cobalt. <p>Il est rappelé que l'utilisation de ce dispositif n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>54.12.0010, 54.12.0020, 54.12.0030, 54.12.0040, 54.12.0050, 54.12.0110, 54.12.0120, 54.12.0130, 54.12.0140, 54.12.0150, 54.12.0210, 54.12.0220, 54.12.0230, 54.12.0240 et 54.12.0250.</p>	52 750	52 750
---------	--	--------	--------

Cotyles et cupules

Cotyles standards monoblocs

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3186293 301E01.461	Hanche, cotyle standard, monobloc, polymère massif, cimenté.	15 218	15 218
3135663 301E01.462	Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, cimenté. Association de matériaux différents, pré-assemblés et indissociables.	63 691	63 691
3163300 301E01.463	Hanche, cotyle standard, monobloc, céramique massive, cimenté.	82 541	82 541

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3184555	<p>Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM CLASSIC, non cimenté.</p> <p>Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène recouvert de titane avec chevilles, RM CLASSIC de la société Mathys Orthopédie SAS.</p> <p>La prise en charge de RM CLASSIC est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxarthrose primitive ou secondaire ; - ostéonécrose de la tête fémorale ; - dysplasie de la hanche ; - arthrite rhumatoïde ; - reprise de prothèse de hanche. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 4.14.750, 4.14.751, 4.14.752, 4.14.753, 4.14.754, 4.14.755, 4.14.756, 4.14.757, 4.14.758, 4.14.501, 4.14.502, 4.14.503, 4.14.504, 4.14.505, 4.14.506, 4.14.769, 4.14.770, 4.14.771, 4.14.772, 4.14.773.</p> <p>La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 3133262, 3163659 et 3161130.</p>	105 543	105 543
3155750	<p>Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM PRESS-FIT, non cimenté.</p> <p>Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène recouvert de titane, RM PRESS-FIT de la société Mathys Orthopédie SAS.</p> <p>La prise en charge RM PRESS-FIT est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxarthrose primitive ou secondaire ; - ostéonécrose de la tête fémorale ; - dysplasie de la hanche ; - arthrite rhumatoïde ; - reprise de prothèse de hanche. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.22.1046, 55.22.1048, 55.22.1050, 55.22.1052, 55.22.1054, 55.22.1056, 55.22.1058, 55.22.1060, 55.22.1062, 55.22.1064, 55.22.32.52, 55.22.32.54, 55.22.32.56, 55.22.32.58, 55.22.32.60, 55.22.32.62, 55.22.32.64.</p> <p>La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 313.32.62, 316.36.59 et 316.11.30.</p>	105 543	105 543
3186034	<p>Hanche, cotyle standard, monobloc, mixte, MATHYS, RM PRESSFIT VITAMYS, non cimenté.</p> <p>Cotyle monobloc mixte non cimenté en polyéthylène hautement réticulé recouvert de titane, RM PRESSFIT VITAMYS de la société Mathys Orthopédie SAS à associer à une tête métallique de diamètre égal à 28 mm.</p> <p>La prise en charge est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 52.34.0032, 52.34.0033, 52.34.0034, 52.34.0035, 52.34.0036, 52.34.0037, 52.34.0038, 52.34.0039, 52.34.0040, 52.34.0041, 52.34.0042, 52.34.0043, 52.34.0044, 52.34.0045.</p> <p>La prise en charge de ce code exclut la prise en charge des Code 3133262, 3163659 et 3161130</p>	105 543	105 543

Société Zimmer

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3130683	<p>Hanche, cotyle monobloc cimenté, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL.</p> <p>Cotyle monobloc cimenté, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés; - Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <p>le cotyle monobloc DURASUL doit être utilisé en association avec une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotyle Exafit DURASUL, diamètre 22,2 mm: 01.00254.146, 01.00254.148, 01.00254.150, 01.00254.152, 01.00254.154, 01.00254.156, 01.00254.158, 01.00254.160 - Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 28 mm: 01.00284.042, 01.00284.044, 01.00284.046, 01.00284.048, 01.00284.050, 01.00284.052, 01.00284.054, 01.00284.056, 01.00284.058, 01.00284.060, 01.00284.062, 01.00284.064 - Cotyle Müller DURASUL à bord plat, diamètre 32 mm: 01.00324.044, 01.00324.046, 01.00324.048, 01.00324.050, 01.00324.052, 01.00324.054, 01.00324.056, 01.00324.058, 01.00324.060, 01.00324.062, 01.00324.064 	40 506	40 506
---------	---	--------	--------

Cotyles en alliage métallique

Cotyle en alliage métallique, qui associé à une tête en alliage métallique, a une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique, cimenté.

La prise en charge des cotyles en alliage métallique n'est assurée sous les références t 3125104 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essais mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.

La prise en charge est assurée pour les cotyles suivants :

Cotyles standards modulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3150450 301E01.464	Hanche, cotyle standard, modulaire, metal-back, sans insert, cimenté.	49 590	49 590
3120041 301E01.465	Hanche, cotyle standard, modulaire, metal-back, sans insert, non cimenté	91 441	91 441

Cotyle monobloc mixte

Cotyle monobloc mixte non cimenté, comportant une partie interne en alliage métallique qui, associé à une tête en alliage métallique, a une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.

La prise en charge des cotyles monoblocs mixtes non cimentés n'est assurée sous les références 3135077 et 3103835 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essai mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.

La prise en charge est assurée pour les cotyles suivants :

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3103835	<p>Hanche, cotyle, monobloc mixte, alliage métallique, MATHYS, METAMYS</p> <p>Cotyle monobloc mixte non cimenté, METAMYS, modèles RM Classic et RM Press Fit, en polyéthylène recouvert de titane, comportant une partie interne en alliage métallique, de la société Mathys Orthopédie SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>RM Classic comportant une partie interne en alliage métallique avec cheville. 55.22.0046, 55.22.0048, 55.22.0050, 55.22.0052, 55.22.0054, 55.22.0056, 55.22.0058, 55.22.0060, 55.22.0062, 55.22.0064.</p> <p>RM Press Fit comportant une partie interne en alliage métallique à associer à une tête en alliage métallique sans cheville. 55.18.2846, 55.18.2848, 55.18.2850, 55.18.2852, 55.18.2854, 55.18.2856, 55.18.2858, 55.18.2860, 55.18.2862, 55.18.2864, 55.18.3252, 55.18.3254, 55.18.3256, 55.18.3658, 55.18.3660, 55.18.3662 et 55.18.3664.</p>	144 491	144 491

Cotyles de reconstruction

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Un cotyle de reconstruction est un implant comportant un ou plusieurs appuis hors de la cavité cotyloïdienne permettant le remplacement de cette dernière que ce soit en première intention ou en révision lorsqu'un cotyle standard n'est pas adapté.		
3167309 301E01.471	Hanche, cotyle de reconstruction, modulaire, metal-back sans insert, cimenté.	134 130	134 130
3168042 301E01.472	Hanche, cotyle de reconstruction, modulaire, metal-back sans insert, non cimenté.	154 766	154 766

Cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3100334 301E01.49	Hanche, cupule bipolaire mobile ou cupule fémorale unipolaire. La prise en charge de cette référence exclut la prise en charge d'un cotyle	51 589	51 589

Inserts seuls

La prise en charge n'est assurée qu'avec un cotyle modulaire ou seul en cas de reprise.

Insert en polymère massif**Génériques**

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3161130 301 E01.481	Hanche, insert en polymère massif.	14 101	14 101

Société Mathys Orthopédie SAS (MATHYS)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3136770	<p>Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, MATHYS, SELEXYS VITAMYS.</p> <p>Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm.</p> <p>L'association de SELEXYS VITAMYS à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge.</p> <p>La prise en charge est assurée en cas de :</p> <p>coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ;</p> <p>fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>52.34.0130, 52.34.0131, 52.34.0132, 52.34.0133, 52.34.0134, 52.34.0135, 52.34.0136, 52.34.0137, 52.34.0138, 52.34.0139, 52.34.0140, 52.34.0141, 52.34.0240, 52.34.0241, 52.34.0242, 52.34.0243, 52.34.0244, 52.34.0245, 52.34.0246, 52.34.0247, 52.34.0248, 52.34.0249, 52.34.0250, 52.34.0251.</p>	14 101	14 101
---------	---	--------	--------

Société STRYKER France SAS (STRYKER)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3121394	<p>Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT X3.</p> <p>Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm.</p> <p>L'association de TRIDENT X3 à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge.</p> <p>La prise en charge est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois ; - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 85 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 623-00-28A (Trident 0 degrés INS X3 28 mm A), 623-00-28B (Trident 0 degrés INS X3 28 mm B), 623-00-28C (Trident 0 degrés INS X3 28 mm C), 623-00-28D (Trident 0 degrés INS X3 28 mm D), 623-00-28E (Trident 0 degrés INS X3 28 mm E), 623-00-28 F (Trident 0 degrés INS X3 28 mm F), 623-00-28G (Trident 0 degrés INS X3 28 mm G), 623-00-28H (Trident 0 degrés INS X3 28 mm H).</p>	14 101	14 101

3175310	<p>Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, STRYKER, TRIDENT CROSSFIRE.</p> <p>Insert en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et uniquement à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 28 mm.</p> <p>L'association de TRIDENT CROSSFIRE à une tête métallique de diamètre supérieur ou égal à 32 mm n'est pas prise en charge.</p> <p>La prise en charge est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>insert standard (référence, diamètre intérieur, diamètre extérieur) :</p> <p>621-00-22A 22.2 mm 40 mm, 621-00-22B 22.2 mm 42 mm, 621-00-22C 22.2 mm 44 mm, 621-00-22D. 22.2 mm 46-48 mm, 621-00-22E 22.2 mm 50-52 mm, 621-00-22 F 22.2 mm 54-56 mm, 621-00-22G 22.2 mm 58-60 mm, 621-00-22H 22.2 mm 62-64 mm, 621-00-22I 22.2 mm 66-68mm, 621-00-22J 22.2 mm 70-72 mm, 621-00-28D. 28 mm 46-48 mm, 621-00-28E 28 mm 50-52 mm, 621-00-28 F 28 mm 54-56 mm, 621-00-28G 28 mm 58-60 mm, 621-00-28H 28 mm 62-64 mm, 621-00-28I 28 mm 66-68 mm, 621-00-28J 28 mm 70-72 mm.</p> <p>insert rebord 10° (référence, diamètre intérieur, diamètre extérieur) :</p> <p>621-10-22A 22.2 40, 621-10-22B 22.2 42, 621-10-22C 22.2 44, 621-10-22D. 22.2 46-48, 621- 10-22E 22.2 50-52, 621-10-22 F 22.2 54-56, 621-10-22G 22.2 58-60, 621-10-22H 22.2 62-64, 621-10-22I 22.2 66-68, 621-10-22J 22.2 70-72, 621-10-28D. 28 46-48, 621-10-28E 28 50-52, 621-10-28 F 28 54-56, 621-10-28G 28 58-60, 621-10-28H 28 62-64, 621-10-28I 28 66-68, 621- 10-28J 28 70-72.</p>	37 492	37 492
---------	---	--------	--------

Société Zimmer

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
-------------	------------------	-----------------------	-----------------------------

3188116	<p>Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, DURASUL.</p> <p>Insert, DURASUL, en polymère massif en polyéthylène hautement réticulé entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés. - fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <p>L'insert DURASUL doit être utilisé avec un cotyle metal-back non cimenté et une tête fémorale métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Insert Alpha DURASUL à bord plat</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 28 mm : 01.00013.206, 01.00013.207, 01.00013.208, 01.00013.209, 01.00013.210, 01.00013.211, 01.00013.212, 01.00013.213, 01.00013.214, 01.00013.215, 01.00013.216, 01.00013.217. - diamètre 32 mm : 01.00013.407, 01.00013.408, 01.00013.409, 01.00013.410, 01.00013.411, 01.00013.412, 01.00013.413, 01.00013.414, 01.00013.415, 01.00013.416, 01.00013.417. <p>Insert Alpha DURASUL à débord</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 28 mm : 01.00013.306, 01.00013.307, 01.00013.308, 01.00013.309, 01.00013.310, 01.00013.311, 01.00013.312, 01.00013.313, 01.00013.314, 01.00013.315, 01.00013.316, 01.00013.317. - diamètre 32 mm : 01.00013.508, 01.00013.509, 01.00013.510, 01.00013.511, 01.00013.512, 01.00013.513, 01.00013.514, 01.00013.515, 01.00013.516, 01.00013.517. <p>Insert DURASUL Alloclassic CSF à débord - diamètre 28 mm : 01.00126.350, 01.00126.352, 01.00126.355, 01.00126.358, 01.00126.361, 01.00126.364, 01.00126.368, 01.00126.372, 01.00126.376.</p> <p>Insert CLS DURASUL</p> <ul style="list-style-type: none"> - diamètre 28 mm : 01.00307.346, 01.00307.348, 01.00307.350, 01.00307.352, 01.00307.354, 01.00307.356, 01.00307.358, 01.00307.360, 01.00307.362. - diamètre 32 mm : 01.00307.450, 01.00307.452, 01.00307.454, 01.00307.456, 01.00307.458, 01.00307.460, 01.00307.462. 	40 506	40 506
---------	---	--------	--------

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3116170	<p>Hanche, insert, polymère massif, polyéthylène, ZIMMER, LONGEVITY.</p> <p>Insert LONGEVITY en polyéthylène hautement réticulé (résine GUR 1050) entrant dans la composition d'un couple de frottement hautement réticulé-métal pour prothèse totale de hanche conventionnelle, à associer à un cotyle métal-back non cimenté et à une tête métallique de diamètre inférieur ou égal à 32 mm, de la société ZIMMER.</p> <p>1) Indications :</p> <p>1.1. Coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés.</p> <p>1.2. Fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6.</p> <p>2) Références prises en charge :</p> <p>2.1. Inserts standards diamètre interne 22 mm</p> <p>00-6305-044-22 ; 00-6305-046-22 ; 00-6305-048-22 ; 00-6305-050-22 ; 00- 6305-056-22 ; 00-6305-058-22 ; 00-6305-060-22 ; 00-6305-062-22 ; 00-6305- 036-22 ; 00-6305-038-22 ; 00-6305-040-22 ;00-6305-042-22 ; 00-6305-064-22 ; 00-6305-066-22 ; 00-6305-068-22 ; 00-6305-070-22 ; 00-6305-072-22 ; 00- 6305-074-22 ; 00-6305-076-22 ; 00-6305-078-22 ; 00-6305-080-22</p>	37 492	37 492

	<p>2.2. Inserts standards diamètre interne 28 mm : 00-6305-046-28 ; 00-6305-048-28 ; 00-7105-048-28 ; 00-6305-050-28 ; 00- 6305-056-28 ; 00-6305-058-28 ; 00-6305-060-28 ; 00-6305-062-28 ; 00-6305- 064-28 ; 00-6305-066-28 ; 00-6305-068-28 ; 00-6305-070-28 ; 00-6305-072-28 ; 00-6305-074-28 ; 00-6305-076-28 ; 00-6305-078-28 ; 00-6305-080-28 ; 00- 8751-007-28 ; 00-8751-008-28 ; 00-8751-009-28 ; 00-7105-050-28 ; 00-8751- 010-28 ; 00-7105-052-28 ; 00-8751-011-28 ; 00-7105-054-28 ; 00-8751-012-28 ; 00-7105-056-28 ; 00-8751-013-28 ; 00-7105-058-28 ; 00-8751-014-28 ; 00- 7105-060-28 ; 00-8751-015-28 ; 00-7105-062-28 ; 00-7105-066-28 ; 00-7105- 072-28 ; 00-7105-076-28.</p> <p>2.3. Inserts standards diamètre interne 32 mm : 00-6305-048-32 ; 00-6305-050-32 ; 00-7105-054-32 ; 00-7105-056-32 ; 00-6305-056-32 ; 00-6305-058-32 ; 00-7105-058-32 ; 00-6305-060-32 ; 00-7105- 060-32 ; 00-6305-062-32 ; 00-6305-064-32 ; 00-7105-062-32 ; 00-6305-066-32 ; 00-6305-068-32 ; 00-6305-070-32 ; 00-7105-066-32 ; 00-7105-072-32 ; 00- 7105-076-32 ; 00-8751-008-32 ; 00-8751-009-32 ; 00-8751-010-32 ; 00-8751- 011-32 ; 00-7110-054-32 ; 00-8751-012-32 ; 00-7110-056-32 ; 00-8751-013-32 ; 00-7110-058-32 ; 00-8751-014-32 ; 00-7110-060-32 ; 00-8751-015-32 ; 00- 7110-062-32</p> <p>2.4. Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 22 mm : 00-6310-044-22 ; 00-6310-046-22 ; 00-6310-048-22 ; 00-6310-050-22 ; 00- 6310-056-22 ; 00-6310-058-22 ; 00-6310-060-22 ; 00-6310-062-22 ; 00-6310- 036-22 ; 00-6310-038-22 ; 00-6310-040-22 ; 00-6310-042-22 ; 00-6310-064-22 ; 00-6310-066-22 ; 00-6310-068-22 ; 00-6310-070-22 ; 00-6310-072-22 ; 00- 6310-074-22 ; 00-6310-076-22 ; 00-6310-078-22 ; 00-6310-080-22</p> <p>2.5 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 22 mm : 00-8752-006-22 ; 00-8752-007-22</p> <p>2.6 Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 28 mm 00-6310-044-28 ; 00-6310-046-28 ; 00-6310-048-28 ; 00-7110-048-28 ; 00- 6310-050-28 ; 00-7110-050-28 ; 00-7110-052-28 ; 00-7110-054-28 ; 00-6310- 056-28 ; 00-7110-056-28 ; 00-6310-058-28 ; 00-7110-058-28 ; 00-6310-060-28 ; 00-7110-060-28 ; 00-6310-062-28 ; 00-6310-064-28 ; 00-7110-062-28 ; 00- 6310-066-28 ; 00-6310-068-28 ; 00-6310-070-28 ; 00-7110-066-28 ; 00-7110- 072-28 ; 00-7110-076-28 ; 00-6310-072-28 ; 00-6310-074-28 ; 00-6310-076-28 ; 00-6310-078-28 et 00-6310-080-28</p> <p>2.7. Inserts à rebord 10 degrés diamètre interne 32 mm : 00-6310-048-32 ; 00-6310-050-32 ; 00-7110-054-32 ; 00-6310-056-32 ; 00- 7110-056-32 ; 00-6310-058-32 ; 00-7110-058-32 ; 00-6310-060-32 ; 00-7110- 060-32 ; 00-6310-062-32 ; 00-6310-064-32 ; 00-7110-062-32 ; 00-6310-066-32 ; 00-6310-068-32 ; 00-6310-070-32 ; 00-7110-066-32 ; 00-7110-072-32 ; 00- 7110-076-32 ; 00-6310-072-32 ; 00-6310-074-32 ; 00-6310-076-32 ; 00-6310- 078-32 ; 00-6310-080-32.</p> <p>2.8 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 28 mm 00-8752-006-28 ; 00-8752-007-28 ; 00-8752-008-28 ; 00-8752-009-28 ; 00- 8752-010-28 ; 00-8752-011-28 ; 00-8752-012-28 ; 00-8752-013-28 ; 00-8752- 014-28 ; 00-8752-015-28 ; 00-8752-016-28 ; 00-8752-017-28 ; 00-8752-018-28</p>		
--	---	--	--

	<p>2.9 Inserts à rebord 15 degrés diamètre interne 32 mm : 00-8752-008-32 ; 00-8752-009-32 ; 00-8752-010-32 ; 00-8752-011-32 ; 00- 8752-012-32 ; 00-8752-013-32 ; 00-8752-014-32 ; 00-8752-015-32 ; 00-8752- 016-32 ; 00-8752-017-32 ; 00-8752-018-32 ; 00-8752-019-32 ; 00-8752-020-32 ; 00-8752-021-32 ; 00-8752-022-32 ; 00-8752-023-32</p> <p>2.10 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 22 mm : 00-6320-036-22 ; 00-6320-038-22 ; 00-6320-040-22 ; 00-6320-042-22 ; 00- 6320-044-22 ; 00-6320-046-22 ; 00-6320-048-22 ; 00-6320-050-22 ; 00-6320- 056-22 ; 00-6320-058-22 ; 00-6320-060-22 ; 00-6320-062-22 ; 00-6320-064-22 ; 00-6320-066-22 ; 00-6320-068-22 ; 00-6320-070-22 ; 00-6320-072-22 ; 00- 6320-074-22 ; 00-6320-076-22 ; 00-6320-078-22 et 00-6320-080-22</p> <p>2.11 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 28 mm 00-6320-046-28 ; 00-6320-048-28 ; 00-6320-050-28 ; 00-6320-056-28 ; 00- 6320-058-28 ; 00-6320-060-28 ; 00-6320-062-28 ; 00-6320-064-28 ; 00-6320- 066-28 ; 00-6320-068-28 ; 00-6320-070-28 ; 00-6320-072-28 ; 00-6320-074-28 ; 00-6320-076-28 ; 00-6320-078-28 ; 00-6320-080-28.</p> <p>2.12 Inserts à rebord 20 degrés diamètre interne 32 mm : 00-6320-048-32 ; 00-6320-050-32 ; 00-6320-056-32 ; 00-6320-058-32 ; 00- 6320-060-32 ; 00-6320-062-32 ; 00-6320-064-32 ; 00-6320-066-32 ; 00-6320- 068-32 ; 00-6320-070-32 ; 00-6320-072-32 ; 00-6320-074-32 ; 00-6320-076-32 ; 00-6320-078-32 ; 00-6320-080-32.</p> <p>2.13 Inserts diamètre interne 28 mm offset 7 mm 00-6341-044-28 ; 00-6341-046-28 ; 00-6341-048-28 ; 00-6341-050-28 ; 00- 6341-056-28 ; 00-6341-058-28 ; 00-6341-060-28 ; 00-6341-062-28 ; 00-6341- 064-28 ; 00-6341-066-28 ; 00-6341-068-28 et 00-6341-070-28</p> <p>2.14 Inserts diameter interne 32 mm offset 7 mm 00-6341-048-32 ; 00-6341-050-32 ; 00-6341-056-32 ; 00-6341-058-32 ; 00- 6341-060-32 ; 00-6341-062-32 ; 00-6341-064-32 ; 00-6341-066-32 ; 00-6341- 068-32 et 00-6341-070-32</p>		
--	--	--	--

Insert en céramique

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3140150 301E01.482	Hanche, insert en céramique.	53 050	53 050

Inserts en alliage métallique

Inserts qui, associés à une tête en alliage métallique, ont une résistance à l'usure au moins équivalente à celle d'un couple céramique/céramique.

La prise en charge des inserts en alliage métallique n'est assurée sous les références 3132446, 3198994, 3168639, 3170895 et 3194230 qu'après tests techniques réalisés dans un laboratoire compétent et indépendant selon le protocole d'essais mis au point par le CRITT de Charleville-Mézières.

Elle est assurée pour les inserts suivants :

Société Biomet Merck

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3132446 301E01.482	Hanche, insert en alliage métallique, BIOMET MERCK, REF. 11-1310XX Insert réf 11-1310XX, quelle que soit la taille.	53 050	53 050

Société DEPUY France SAS (DEPUY)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3168639	<p>Hanche, insert en alliage métallique, DEPUY, PINNACLE ULTAMET.</p> <p>1. Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de cinquante ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre cinquante et soixante-dix ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; - les fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de soixante-dix ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>2. Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance rénale, - allergies au chrome et au cobalt. <p>L'utilisation de ce produit n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. La fonction rénale doit être surveillée.</p> <p>3. Références prises en charge :</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 121889144, 121889146, 121889148, 121889150, 121889152, 121889154, 121889156, 121889158, 121889160, 121889162, 121889164 et 121889166. L'insert PINNACLE ULTAMET n'est pas pris en charge lorsqu'il est associé à une tête de plus de 28 mm</p>	53 050	53 050

Société Mathys Orthopédie SAS (Mathys)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3170895	<p>Hanche, insert en alliage métallique, MATHYS, Expansys METAMYS.</p> <p>Insert en polyéthylène, METAMYS, modèle Expansys, comportant une partie interne en alliage métallique, à associer à une tête en alliage métallique et à un cotyle standard modulaire, métal back, sans insert, non cimenté, de la société Mathys Orthopédie SAS.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.17.2846, 55.17.2848, 55.17.2850, 55.17.2852, 55.17.2854, 55.17.2856, 55.17.2858, 55.17.2860, 55.17.2862, 55.17.2864, 55.17.3252, 55.17.3254, 55.17.3256, 55.17.3658, 55.17.3660, 55.17.3662, 55.17.3664, 55.17.3666, 55.17.3668 et 55.17.3670.</p>	53 050	53 050
3194230	<p>Hanche, insert en alliage métallique, MATHYS, METAMYS.</p> <p>Insert en polyéthylène, METAMYS, pour cotyles SelexSys TH et SelexSys TPS, comportant une partie interne en alliage métallique, à associer à une tête en alliage métallique et à un cotyle standard modulaire, métal back, sans insert, non cimenté, de la société Mathys Orthopédie SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 55.45.2801, 55.45.2802, 55.45.2803, 55.45.2804, 55.45.2805, 55.45.2806, 55.45.2807, 55.45.2808, 55.45.2809, 55.45.2810, 55.45.2811, 55.45.2812, 55.45.3205, 55.45.3206, 55.45.3607, 55.45.3608, 55.45.3609, 55.45.3610, 55.45.3611 et 55.45.3612.</p>	53 050	53 050

Société Zimmer France (Zimmer)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3198994 301E01.482	<p>Hanche, insert en alliage métallique, ZIMMER, METASUL</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> – coxopathies fonctionnellement sévères provoquant un handicap quotidien, insuffisamment amélioré par un traitement médical bien conduit, après une période d'observation de quelques semaines à quelques mois chez des patients âgés de moins de 50 ans ainsi que pour des patients dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans, ayant un niveau d'activité et une espérance de vie élevés ; – fractures cervicales vraies chez des sujets âgés de moins de 70 ans avec une activité correspondant à un score de Parker supérieur ou égal à 6. <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer. – Surveillance de la fonction rénale des patients implantés. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> – insuffisance rénale ; – allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et éventuellement un test épicutané. <p>Références prises en charge de l'insert METASUL uniquement en diamètre 28 mm et 32 mm :</p> <p>Insert Alpha METASUL neutre diamètre 28 ou 32 mm :</p> <p>01.00010.407, 01.00010.408, 01.00010.409, 01.00010.410, 01.00010.411, 01.00010.412, 01.00010.413, 01.00010.414, 01.00010.415, 01.00010.416, 01.00010.417, 01.00010.709, 01.00010.710, 01.00010.711, 01.00010.712, 01.00010.713, 01.00010.714, 01.00010.715, 01.00010.716 et 01.00010.717.</p>	51 590	51 590
-----------------------	---	--------	--------

Prothèses de hanche de resurfaçage

Les prothèses de resurfaçage sont composées d'un cotyle et d'une cupule fémorale qui vient recouvrir la tête du fémur du patient formant un couple de frottement métal-métal.

Indications :

Arthroplastie totale de la hanche pour des patients jeunes et actifs ayant une coxarthrose.

Les prothèses de resurfaçage sont indiquées chez les patients :

- âgés de moins de 50 ans (cette limite d'âge étant indicative) ;
- ayant une activité professionnelle et/ou pratiquant une activité sportive physiquement exigeante avant l'intervention (activités professionnelles de type travailleur de force et/ou avec port de charges, activités sportives de niveau d'impact moyen ou élevé selon la classification de Clifford et Mallon) ;
- dont le projet de vie après l'intervention implique la poursuite de ce type d'activités physiquement exigeantes et dont l'état physiologique (qualité osseuse notamment) et la morphologie (diamètre de tête fémorale native supérieur ou égal à 48 mm, notamment) sont compatibles avec l'implantation d'une prothèse totale de resurfaçage.

Contre-indications :

- ostéopénie et ostéoporose ;
- dysplasie sévère de la cavité acétabulaire ;
- insuffisance rénale ;
- allergies au chrome, au cobalt et au nickel. Le dépistage d'une allergie à ces métaux doit être réalisé au moyen d'un interrogatoire du patient et, éventuellement, d'un test épicutané.

Modalités de prescription et d'utilisation :

- l'utilisation des prothèses de resurfaçage n'est pas indiquée dans les cas de polyarthrite rhumatoïde et d'ostéonécrose aseptique étendue de la tête fémorale ;
- l'utilisation des prothèses à couple de frottement métal-métal, dont font partie les prothèses de resurfaçage, n'est pas recommandée chez les femmes en âge de procréer ;
- par mesure de précaution chez les patients porteurs de ce type de prothèse, il est recommandé de surveiller la fonction rénale.

Un suivi spécifique des patients implantés avec une prothèse totale de hanche de resurfaçage est nécessaire, il comporte notamment un examen clinique et d'imagerie annuel les cinq premières années, puis la surveillance se poursuit au-delà de la cinquième année. Par ailleurs, les concentrations sériques d'ions métalliques doivent être surveillées, selon les recommandations de l'ANSM. La surveillance de la fonction rénale est commune à toutes les prothèses de hanche à couple de frottement métal-métal.

Compte tenu de la difficulté de la technique d'implantation d'une prothèse totale de hanche de resurfaçage, de la courbe d'apprentissage qui en résulte et de la stricte sélection nécessaire des patients, l'implantation de ces dispositifs doit être :

- réservée aux chirurgiens orthopédistes compétents et expérimentés, impliqués dans la prise en charge chirurgicale des affections de la hanche et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an. Ils doivent avoir été formés soit par compagnonnage auprès d'un chirurgien compétent et expérimenté pour l'arthroplastie de resurfaçage, lui-même formé à la pratique et pratiquant au moins cinquante implantations de prothèses totales de hanche de resurfaçage par an, soit durant leur internat ou post internat dans un centre spécialisé (cf. infra). Ils doivent avoir reçu une formation théorique sur la technique (apprentissage de la chirurgie, enseignement des gestes auprès de l'équipe chirurgicale...) et fondamentale en biomécanique ;
- réalisée dans un centre spécialisé dans l'arthroplastie de hanche de resurfaçage, le caractère spécialisé du centre étant défini par la présence d'un chirurgien compétent et expérimenté en arthroplastie de resurfaçage de hanche. Par ailleurs, l'équipe intervenant au bloc opératoire (aide-opérateurs, infirmiers, anesthésistes) doit elle aussi avoir été formée à la technique.

De plus, ce centre doit participer au recueil exhaustif de données de suivi jusqu'à dix ans de recul. Les centres implantant des prothèses de resurfaçage BHR et CONSERVE + devront utiliser les mêmes critères de jugement et utiliser des scores validés.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société MICROPORT ORTHOPEDICS (MicroPort)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3153833	Hanche, tête fémorale avec tige alliage métal, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS, tête fémorale avec tige en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics. Références :	98 813	98 813

	3803-1048, 3803-1050, 3803-1052, 3803-1054, 3803-1056.		
3113124	Hanche, cupule acétabulaire, MicroPort, CONSERVE +, resurfaçage Prothèse de resurfaçage CONSERVE PLUS, cupule acétabulaire en alliage métallique en cobalt-chrome-molybdène, de la société MicroPort Orthopedics. Références : Cotyles 6 mm sans revêtement en hydroxyapatite (HA) : 3802-4854, 3802-5056, 3802-5258, 3802-5460, 3802-5662, 3802-5664. Cotyles 6 mm avec revêtement en HA : 38HA-4854, 38HA-5056, 38HA-5258, 38HA-5460, 38HA-5662, 38HA-5664. Cotyles 6 mm avec picots : 38SP-4854, 38SP-5056, 38SP-5258, 38SP-5460, 38SP-5662, 38SP-5664. Cotyles 10 mm : 3802-1154, 3802-1156, 3802-1158, 3802-1160, 3802-1162, 3802-1164.	132 653	132 653

Société SMITH & NEPHEW ORTHOPAEDICS France SAS (SMITH)

La prise en charge de la prothèse de resurfaçage BHR n'est assurée que pour une arthroplastie totale de la hanche chez des patients atteints de coxarthrose et âgés de moins de 65 ans.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3145064	Hanche, tête fémorale avec tige alliage métallique, Smith, BHR resurfaçage. Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, tête fémorale avec tige de la société Smith & Nephew. Références : 74123148 Tête fémorale BHR diam. 48 mm, 74121150 Tête fémorale BHR diam. 50 mm, 74123152 Tête fémorale BHR diam. 52 mm, 74121154 Tête fémorale BHR diam. 54 mm, 74123156 Tête fémorale BHR diam. 56 mm, 74121158 Tête fémorale BHR diam. 58 mm	98 813	98 813
3140339	Hanche, cupule acétabulaire recouverte d'hydroxyapatite, Smith, BHR resurfaçage. Prothèse de resurfaçage BHR en alliage de cobalt-chrome-molybdène, cupule acétabulaire hémisphérique recouverte d'hydroxyapatite de la société Smith & Nephew. Références : 74120154 cupule acétabulaire BHR diam. 54 mm, 74122154 cupule acétabulaire BHR diam. 48/54 mm, 74122156 cupule acétabulaire BHR diam. 48/56 mm, 74120156 cupule acétabulaire BHR diam. 56 mm, 74120158 cupule acétabulaire BHR diam. 58 mm, 74122158 cupule acétabulaire BHR diam. 52/58 mm, 74122160 cupule acétabulaire BHR diam. 52/60 mm, 74120160 cupule acétabulaire BHR diam. 60 mm, 74120162 cupule acétabulaire BHR diam. 62 mm, 74122162 cupule acétabulaire BHR diam. 56/62 mm, 74122164 cupule acétabulaire BHR diam. 56/64 mm, 74120164 cupule acétabulaire BHR diam. 64 mm, 74120166 cupule acétabulaire BHR diam. 66 mm.	132 653	132 653

Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3127988 301E01.4101	Hanche, butée antiluxation, vis incluses.	7 222	7 222
3142090 301E01.4103	Hanche, anneau de soutien ou fond de cotyle.	38 218	38 218
3127847 301E01.4104	Hanche, cupule fixe pour nécrose de la tête fémorale. La prise en charge exclut celle d'une tige, d'une tête et d'un cotyle.	31 533	31 533
3158233 301E01.4105	Hanche, prothèse fémorale unipolaire monobloc (type Moore).	28 889	28 889
3127161 301E01.4106	Hanche, col amovible à double cône morse. La prise en charge de cet implant est comprise dans celle de la tige, en cas de première implantation. La prise en charge du col amovible n'est assurée qu'en cas de reprise.	20 635	20 635

Implants spéciaux sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à partir des mesures du malade Ils sont réalisés d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante); - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). Ils sont pris en charge après entente préalable conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.		
3148281 301E01.41021	Hanche, implant sur mesure, tige spéciale. Dans la limite de 350 804 F.CFP.	350 804	350 804
3131903 301E01.41022	Hanche, implant sur mesure, cotyle spécial. Dans la limite de 165 084 F.CFP.	165 084	165 084

Accessoires pour pose d'implants articulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3112917 301E01.51	Accessoire, vis de fixation d'un implant articulaire Quel qu'en soit le type. Par intervention, à concurrence de 20 141 F.CFP maximum pour l'épaule et le genou et de 25 172 F.CFP maximum pour la hanche.	5 029	5 029
3181203 301E01.53	Accessoire pour implant articulaire, obturateur à ciment centro-médullaire. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.	7 975	7 975

Ciment

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3133262 301E01.521	Accessoire pour implant articulaire, ciment sans antibiotique (une dose). Par intervention à concurrence de 10 319 F.CFP maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de 15 477 F.CFP maximum pour la pose d'implants du genou en première intention et, pour tous les implants, en cas de reprise et de pose d'implants spéciaux.	5 159	5 159
3163659 301E01.522	Accessoire pour implant articulaire, ciment avec antibiotique (une dose). La prise en charge des ciments avec antibiotiques est assurée dans les indications suivantes : - intervention chez les malades à risques (état général altéré, dénutris, diabétiques, infections pulmonaires ou urinaires, fragilité osseuse) ; - réintervention pour sepsis de hanche, sepsis d'autres articulations développées sur des prothèses (une dose). Par intervention à concurrence de 14 853 F.CFP maximum pour la pose d'implants, en première intention, à l'exception d'implants du genou, et à concurrence de 22 291 F.CFP maximum pour la pose d'implants du genou en première intention, et, pour tous les implants, en cas de reprise et de pose d'implants spéciaux.	7 438	7 438

Paragraphe 5 : Implants du rachis

Implants d'ancrage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

	Les systèmes d'assemblage comprennent les vis articulaires, les vis de blocage, les dominos, les agrafes, les étriers, les barres pour crochets, les rondelles, les écrous et éléments de vis inclus, autres...		
3198764 301E01.611	Rachis, implant d'ancrage, vis spécifique simple.	4 341	4 341
3131955 301E01.612	Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire cervicale. Vis spécifique du rachis de type pédiculaire cervicale avec système d'assemblage et de blocage.	9 737	9 737
3137283 301E01.613	Rachis, implant d'ancrage, vis pédiculaire. Vis spécifique du rachis de type pédiculaire, monoaxiale ou polyaxiale, avec système d'assemblage et de blocage.	26 117	26 117
3181752 301E01.614	Rachis, implant d'ancrage, crochet, pince-crochet. Crochet de tout type ou pince crochet, avec accessoires.	21 775	21 775
3114939 301E01.615	Rachis, implant d'ancrage, fil de cerclage, câble. Quel que soit le nombre de crins. Forfait unique.	13 069	13 069

Implant d'union longitudinale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	La prise en charge des plaques et des tiges est assurée dans la limite de deux implants maximum par intervention sauf en cas de scoliose à double courbure.		
3123016 301E01.621	Rachis, implant d'union longitudinale, plaque. Quel que soit le niveau anatomique.	25 795	25 795
3111556 301E01.622	Rachis, implant d'union longitudinale, tige. Quel que soit le niveau anatomique et quel que soit le nombre de niveaux.	10 942	10 942
3122382 301E01.623	Rachis, implant d'union longitudinale, cadre. Quel que soit le niveau anatomique dans la limite d'un implant.	37 144	37 144
3188560 301E01.624	Rachis, implant d'union longitudinale, connecteur. En cas de reprise ou de grosse déformation.	10 318	10 318
3127511 301E01.68	Rachis, implant d'union longitudinal avec appui sacré, monobloc. La prise en charge de cette référence est assurée dans la limite de deux implants maximum par intervention sauf en cas de scoliose à double courbure.	37 058	37 058

Implant d'union transversale

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3133032 301E01.63	Rachis, implant d'union transversale. Implant d'union transversale avec son système d'assemblage, dans la limite de 53 652 F.CFP par intervention.	26 827	26 827
----------------------	--	--------	--------

Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3187938 301E01.64	Rachis, cale métallique inter-épineuse. Dans la limite de deux par intervention.	21 775	21 775
3115583 301E01.65	Rachis, coussinet. Dans la limite de deux par intervention.	6 492	6 492
3188441 301E01.67	Rachis, implant d'appui sacré.	26 117	26 117
3128976 301E01.66	Rachis, cage intersomatique ou équivalent.	69 667	69 667

Prothèses totales du disque lombaire

La prise en charge est assurée en cas de lombalgie discogénique, chronique et invalidante, résistant à un traitement médical bien conduit pendant au moins 6 mois et de préférence 1 an, chez un sujet adulte de moins de 60 ans, porteur d'une discopathie lombaire ou lombo-sacrée symptomatique. Un seul disque pathologique doit être remplacé par prothèse discale lombaire.

Les contre-indications sont les suivantes :

- lombalgie non discogénique ;
- radiculalgie prédominante ;
- discopathie pluri-étagée ;
- déformations (scoliose et spondylolisthesis de grade ¹ 1) ;
- canal lombaire étroit ;
- obésité morbide ;
- ostéoporose et maladie métabolique osseuse ;
- lésions dégénératives évoluées des articulaires ;
- traumatisme vertébral lombaire récent ;
- hernie discale exclue ;
- déficit radiculaire récent ;
- antécédents infectieux locaux ;
- conditions psychologiques défavorables ;

- bénéfice secondaire attendu, dans le contexte professionnel, de la prise en charge de la pathologie ;
- spondylarthropathies.

L'évaluation préopératoire doit être menée par une équipe multidisciplinaire, articulée autour de :

- deux chirurgiens du rachis ;
- un médecin rompu à l'évaluation psycho-socio-professionnelle et aux lombalgies chroniques (rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, algologue) ;
- un radiologue ou autre médecin ayant des compétences en rachis ;
- au cas par cas, un psychiatre ;
- au cas par cas, un chirurgien vasculaire.

La décision de pose d'une prothèse discale lombaire doit prendre en compte les trois dimensions suivantes : clinique, imagerie et psycho-socio-professionnelle.

L'indication est posée après réalisation de clichés radiographiques standards (clichés rachis entier face et profil et rachis lombaire), de clichés radiographiques dynamiques, d'un examen IRM et éventuellement d'une discographie si il y a un doute persistant après IRM.

L'équipe chirurgicale est dirigée par un chirurgien du rachis formé à la technique. Elle comporte le personnel habituel de la salle d'opération dont un(e) aide opératoire et un(e) instrumentiste ayant reçu une formation spécifique sur l'instrumentation de pose des implants. Un chirurgien ayant des compétences en chirurgie vasculaire doit être disponible au sein de l'établissement.

Le chirurgien doit avoir la pratique régulière de la voie d'abord antérieure du rachis lombaire et lombo-sacré. Il doit avoir reçu une formation spécifique à l'usage de la prothèse discale lombaire utilisée dans le centre. Cette formation doit inclure la participation à 5 interventions comme opérateur ou comme premier aide opératoire dans un centre formateur. Le chirurgien doit avoir une activité en chirurgie rachidienne lombaire d'au moins 50 interventions instrumentées par an. Les aides opératoires doivent avoir reçu une formation spécifique à l'usage de la prothèse discale lombaire utilisée dans le centre.

Le nombre d'implantations de prothèses discales lombaires attendu par an doit être d'au moins 15 par équipe chirurgicale. Chaque nouvelle équipe chirurgicale doit atteindre cet objectif dans les 2 ans suivant le début de son activité.

Afin que l'évaluation de l'activité de l'équipe chirurgicale soit possible, celle-ci doit disposer d'un fichier patients permettant la conservation des données relatives à l'indication et au matériel implanté.

La prise en charge est assurée pour les prothèses suivantes :

Société LDR Médical

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
-------------	------------------	-----------------------	-----------------------------

3189802	<p>Rachis, prothèse disque lombaire, FH ORTHOPEDICS, LP ESP II - Société FH ORTHOPEDICS SAS (France)</p> <p>La prothèse discale LP ESP II est un implant monobloc constitué de deux plateaux d'alliage de titane, séparés par une partie déformable destinée à autoriser les mouvements naturels du disque.</p> <p>La prothèse possède des picots en relief et un revêtement d'HAP (hydroxyapatite) sur sous-couche de titane pur (T40), poreux et rugueux.</p> <p>La prothèse a une jonction résistante et étanche entre la partie souple et la partie rigide. La partie déformable est constituée d'un coussin souple en polycarbonate uréthane et d'un noyau central en silicone chargé de billes compressibles.</p> <p>La prothèse est composée d'une gamme à plateaux parallèles et d'une gamme à plateaux inclinés en titane 40 et en hydroxyapatite.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Plateaux parallèles :</p> <p>Référence 255677, LP ESP – P2H0, hauteur : 10 mm</p> <p>Référence 255678, LP ESP – P2H2, hauteur : 12 mm</p> <p>Référence 255679, LP ESP – P2H4, hauteur : 14 mm</p> <p>Plateaux inclinés :</p> <p>Référence 255682, LP ESP – I2H0, angulation : 7o, hauteur : 10 mm</p> <p>Référence 255683, LP ESP – I2H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 255684, LP ESP – I2H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm</p> <p>Référence 255999, LP ESP – I3H0, angulation : 7o, hauteur 10 mm</p> <p>Référence 256000, LP ESP – I3H2, angulation : 7o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 256001, LP ESP – I3H3, angulation : 7o, hauteur 13 mm</p> <p>Référence 255687, LP ESP – J2H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm</p> <p>Référence 255688, LP ESP – J2H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 255689, LP ESP – J2H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm</p> <p>Référence 256002, LP ESP – J3H0, angulation : 9o, hauteur 10 mm</p> <p>Référence 256003, LP ESP – J3H2, angulation : 9o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 256004, LP ESP – J3H3, angulation : 9o, hauteur 13 mm</p> <p>Référence 255690, LP ESP – K2H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm</p> <p>Référence 255691, LP ESP – K2H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 255692, LP ESP – K2H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm</p> <p>Référence 256005, LP ESP – K3H0, angulation : 11o, hauteur 10 mm</p> <p>Référence 256006, LP ESP – K3H2, angulation : 11o, hauteur 12 mm</p> <p>Référence 256007, LP ESP – K3H3, angulation : 11o, hauteur 13 mm</p>	253 800	253 800
3184779	<p>Rachis, prothèse disque lombaire, LDR Médical, MOBIDISC.</p> <p>La prothèse MOBIDISC est constituée de l'association des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (mobile ou stabilisé) ; - deux ailettes modulaires ou deux ancrés. 	253 800	253 800

	<p>Références prises en charge.</p> <p>Plateau supérieur S : profondeur 27 mm : MD362 K (29 mm, T4), MD366 K (29 mm, T4), MD562 K (34 mm, T6), MD566 K (34 mm, T6), MD1002K (29 mm, T4), MD1032K (34 mm, T6) ; profondeur 30 mm : MD762 K (39 mm, T8), MD766 K (39 mm, T8), MD1072K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD862 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur M : profondeur 30 mm : MD372 K (29 mm, T4), MD376 K (29 mm, T4), MD572 K (34 mm, T6), MD576 K (34 mm, T6), MD1012K (29 mm, T4) MD1042K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD772 K (39 mm, T8), MD776 K (39 mm, T8), MD1082K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD872 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur L : profondeur 33 mm : MD382 K (29 mm, T4), MD386 K (29 mm, T4), MD582 K (34 mm, T6), MD586 K (34 mm, T6), MD1022K (29 mm, T4), MD1052K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD782 K (39 mm, T8), MD786 K (39 mm, T8), MD1092K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD882 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur XL : profondeur 36 mm : MD392 K (29 mm, T4), MD396 K (29 mm, T4), MD592 K (34 mm, T6), MD596 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD792 K (39 mm, T8), MD796 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD892 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau inférieur S, angulation 0° : profondeur 27 mm : MD363 K (29 mm, T4), MD367 K (29 mm, T4), MD563 K (34 mm, T6), MD567 K (34 mm, T6), MD1003K (29 mm, T4), MD1033K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD763 K (39 mm, T8), MD767 K (39 mm, T8), MD1073K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD863 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur S, angulation 5° : profondeur 27 mm : MD364 K (29 mm, T4), MD368 K (29 mm, T4), MD564 K (34 mm, T6), MD568 K (34 mm, T6), MD1004K (29 mm, T4), MD1034K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD764 K (39 mm, T8), MD768 K (39 mm, T8), MD1074K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD864 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur S, angulation 10° : profondeur 27 mm : MD365 K (29 mm, T4), MD369 K (29 mm, T4), MD565 K (34 mm, T6), MD569 K (34 mm, T6), MD1005K (29 mm, T4), MD1035K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD765 K (39 mm, T8), MD769 K (39 mm, T8), MD1075K (39 mm, T8), profondeur 33 mm : MD865 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur M, angulation 0° : profondeur 30 mm : MD373 K (29 mm, T4), MD377 K (29 mm, T4), MD573 K (34 mm, T6), MD577 K (34 mm, T6), MD1013K (29 mm, T4), MD1043K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD773 K (39 mm, T8), MD777 K (39 mm, T8), MD1083K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD873 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur M, angulation 5° : profondeur 30 mm : MD374 K (29 mm, T4), MD378 K (29 mm, T4), MD574 K (34 mm, T6), MD578 K (34 mm, T6), MD1014K (29 mm, T4), MD1044K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD774 K (39 mm, T8), MD778 K (39 mm, T8), MD1084K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD874 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur M, angulation 10° : profondeur 30 mm : MD375 K (29 mm, T4), MD379 K (29 mm, T4), MD575 K (34 mm, T6), MD579 K (34 mm, T6), MD1015K (29 mm, T4), MD1045K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD775 K (39 mm, T8), MD779 K (39 mm, T8), MD1085K (39 mm, T8), profondeur 36 mm : MD875 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur L, angulation 0° : profondeur 33 mm : MD383 K (29 mm, T4), MD387 K (29 mm, T4), MD583 K (34 mm, T6), MD587 K (34 mm, T6), MD1023K (29 mm, T4), MD1053K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD783 K (39 mm, T8), MD787 K (39 mm, T8), MD1093K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD883 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur L, angulation 5° : profondeur 33 mm : MD384 K (29 mm, T4), MD388 K (29 mm, T4), MD584 K (34 mm, T6), MD588 K (34 mm, T6), MD1024K (29 mm, T4), MD1054K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD784 K (39 mm, T8), MD788 K (39 mm, T8), MD1094K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD884 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur L, angulation 10° : profondeur 33 mm : MD385 K (29 mm, T4), MD389 K (29 mm, T4), MD585 K (34 mm, T6), MD589K (34 mm, T6), MD1025K (29 mm, T4), MD1055K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD785 K (39 mm, T8), MD789 K (39 mm, T8), MD1095K (39 mm, T8), profondeur 39 mm : MD885 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur XL, angulation 0° : profondeur 36 mm : MD393 K (29 mm, T4), MD397 K (29 mm, T4), MD593 K (34 mm, T6), MD597 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD793 K (39 mm, T8), MD797 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD893 K (44 mm, T10).</p>		
--	---	--	--

<p>Plateau supérieur XL, angulation 5° : profondeur 36 mm : MD394 K (29 mm, T4), MD398 K (29 mm, T4), MD594 K (34 mm, T6), MD598 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD794 K (39 mm, T8), MD798 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD894 K (44 mm, T10).</p> <p>Plateau supérieur XL, angulation 10° : profondeur 36 mm : MD395 K (29 mm, T4), MD399 K (29 mm, T4), MD595 K (34 mm, T6), MD599 K (34 mm, T6), profondeur 39 mm : MD795 K (39 mm, T8), MD799 K (39 mm, T8), profondeur 42 mm : MD895 K (44 mm, T10)</p> <p>Insert mobile : h 6,5 0° : MD400 P, h 7 0° : MD401 P, h 8 0° : MD402 P, h 9 0° : MD403 P, h 10 0° : MD404 P et h 11 0° : MD405 P. Insert stabilisé : h 6,5 0° : MD506 P, h 7 0° : MD507 P, h 8 0° : MD508 P, h 9 0° : MD509P, h 10 0° : MD510 P et h 11 0° : MD511 P.</p> <p>Système de fixation (ancre ou ailette) : MD004 K (ailette modulaire), MD007 K (ailette modulaire 24), MD006 K (ancre simple), MD008T (ancre S), MD008 K (ancre double), MD009T (ancre M).</p> <p>Plateau supérieur "S": profondeur 27 mm : MD1002K (29 mm, T4), MD1032K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1072K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau supérieur "M" : profondeur 30 mm : MD1012K (29 mm, T4), MD1042K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1082K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau supérieur "L " : profondeur 33 mm : MD1022K (29 mm, T4), MD1052K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1092K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur S, angulation 0° : profondeur 27 mm : MD1003K (29 mm, T4), MD1033K (34 mm,) T6, profondeur 30 mm : MD1073K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur S, angulation 5° : ptofondeur 27 mm : MD1004K (29 mm, T4), MD1034K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1074K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur S, angulation 10° : profondeur 27 mm : MD1005K (29 mm, T4), MD1035K (34 mm, T6), profondeur 30 mm : MD1075K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur M, angulation 0° : profondeur 30 mm : MD1013K (29 mm, T4), MD1043K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1083K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur M, angulation 5° : profondeur 30 mm : MD1014K (29 mm, T4), MD1044K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1084K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur M, angulation 10° : profondeur 30 mm : MD1015K (29 mm, T4), MD1045K (34 mm, T6), profondeur 33 mm : MD1085K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur L, angulation 0° : profondeur 33 mm : MD1023K (29 mm, T4), MD1053K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1093K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur L, angulation 5° : profondeur 33 mm : MD1024K (29 mm, T4), MD1054K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1094K (39 mm, T8).</p> <p>Plateau inférieur L, angulation 10° : profondeur 33 mm : MD1025K (29 mm, T4), MD1055K (34 mm, T6), profondeur 36 mm : MD1095K (39 mm, T8).</p> <p>Ancre S : MD008T</p> <p>Ancre M : MD009T</p>		
---	--	--

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3101368	<p>Rachis, prothèse disque lombaire, Medtronic, MAVERICK.</p> <p>La prothèse MAVERICK est constituée de l'association d'un plateau inférieur et d'un plateau supérieur.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Modèle A-MAV Plateau supérieur petit (32 mm x 25 mm) : 9183902, 9183907 et 9183912, moyen (35 mm x 27 mm) : 9183903, 9183908 et 9183913, grand (39 mm x 30 mm) : 9183904, 9183909 et 9183914.</p> <p>Modèle A-MAV Plateau inférieur petit (32 mm x 25 mm) : 9183802 et 9183812, moyen (35 mm x 27 mm) : 9183803 et 9183813, grand (39 mm x 30 mm) : 9183804 et 9183814.</p> <p>Modèle O-MAV Plateau supérieur petit (36 mm x 28 mm) : 7772810, 7772812 et 7772814, moyen (39 mm x 31 mm) : 7773110, 7773112 et 7773114, grand (43 mm x 34 mm) : 7773410, 7773412 et 7773414.</p> <p>Modèle O-MAV Plateau inférieur petit (36 mm x 28 mm) : 7770283 et 7770284, moyen (39 mm x 31 mm) : 7770313 et 7770314, grand (43 mm x 34 mm) : 7770343 et 7770344.</p>	296 100	296 100

Société Synthes S.A. (Synthes)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104674	<p>Rachis, prothèse disque lombaire, SYNTHES, PRODISC L.</p> <p>La prothèse PRODISC L est constituée de l'association des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (ou noyau) en polyéthylène ; - deux ailettes modulaires ou deux ancrés (simples ou doubles). <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Plateau supérieur Angulation 3° : taille moyenne SS X 660 K, grande taille SS X 670 K.</p> <p>Plateau supérieur Angulation 6° : taille moyenne SS X 520 K, grande taille SS X 540 K.</p> <p>Plateau supérieur Angulation 11° : taille moyenne SS X 522 K, grande taille SS X 542 K.</p> <p>Insert en polyéthylène : hauteur 10 mm : taille moyenne SS X 626, grande taille SS X 646, hauteur 12 mm : taille moyenne SS X 627, grande taille SS X 647, hauteur 14 mm : taille moyenne SS X 628, grande taille SS X 648.</p> <p>Plateau inférieur Angulation 3° : taille moyenne SS X 662 K, grande taille SS X 672 K.</p> <p>Plateau inférieur Angulation 8° : taille moyenne SS X 664 K, grande taille SS X 674 K.</p>	253 800	253 800

3151290	<p>Rachis, prothèse disque lombaire, SYNTHES, PRODISC O.</p> <p>La prothèse PRODISC-O est constituée de l'association des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un plateau inférieur ; - un plateau supérieur ; - un insert (ou noyau) en polyéthylène ; - deux ailettes modulaires ou deux ancres (simples ou doubles). <p>Références prises en charge :</p> <p>Plateau supérieur angulation 3 : taille moyenne 09.821.023S, grande taille 09.821.043S.</p> <p>Plateau supérieur angulation 6 : taille moyenne 09.821.026S, grande taille 09.821.046S.</p> <p>Insert en polyéthylène : hauteur 10 mm : taille moyenne 08.821.020S, grande taille 08.821.040S ; hauteur 12 mm : taille moyenne 08.821.022S, grande taille 08.821.042S, hauteur 14 mm : taille moyenne 08.821.024S, grande taille 08.821.044S.</p> <p>Plateau inférieur angulation 0 : taille moyenne 09.821.120S, grande taille 09.821.140S,</p> <p>Plateau inférieur angulation 3 : taille moyenne 09.821.123S, grande taille 09.821.143S</p> <p>Contre-indications spécifiques supplémentaires de PRODISC-O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau vertébral L. 5/S1 ; - toute situation empêchant un abord antérolatéral (notamment antécédents chirurgicaux abdominaux avec abord gauche). 	253 800	253 800
---------	--	---------	---------

Paragraphe 6 : Implants articulaires de poignet

Implants de l'extrémité inférieure du radius

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3137484 301E01.711	Poignet, implant radial, non métallique.	38 692	38 692
3109803 301E01.712	Poignet, implant radial, métallique ou mixte. Il comporte une tige et une surface articulaire, convexe ou concave.	178 412	178 412

Implants carpo-métacarpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3130476 301E01.721	Poignet, implant carpo-métacarpien, avec tige(s) et surface articulaire. Il comporte une (ou deux) tige(s) vissée(s) ou non et une surface articulaire, convexe ou concave.	232 149	232 149
3131760 301E01.722	Poignet, implant carpo-métacarpien, avec tige(s) sans surface articulaire. Implant comportant une (ou deux) tige(s).	225 700	225 700

3115465 301E01.723	Poignet, implant carpo-métacarpien intermédiaire, articulaire. Il comporte la surface articulaire (ou tête). La référence 3115465 ne peut s'ajouter qu'à la référence 3131760.	6 448	6 448
-----------------------	--	-------	-------

Implants trapézo-métacarpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3100624 301E01.731	Poignet, implant trapézo-métacarpien non métallique	88 131	88 131
3125529 301E01.732	Poignet, implant trapézo-métacarpien métallique ou mixte	185 934	185 934

Implants carpiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3128350 301E01.741	Poignet, implant carpien du scaphoïde, céramique.	116 074	116 074
3157386 301E01.742	Poignet, implant carpien du scaphoïde ou du semi-lunaire, métallique.	101 028	101 028
3164890 301E01.743	Poignet, implant carpien-trapézien, non métallique.	27 943	27 943
3138437 301E01.744	Poignet, implant carpien-trapézien, métallique ou mixte.	51 589	51 589
3140032 301E01.745	Poignet, implant carpien, insert trapézien de reprise. La prise en charge de la référence 3140032 ne peut s'ajouter à la référence 3138437. Elle est assurée en cas de reprise uniquement.	19 991	19 991

Paragraphe 7 : Prothèses totales de cheville

Une prothèse totale de cheville est constituée :

- d'un implant tibial ;
- d'un insert intermédiaire en polyéthylène ; et d'un implant astragalien.

La prise en charge de ces prothèses totales de cheville est assurée en remplacement des articulations tibio-talienne et talo-malléolaire en 1^{re} intention ou en chirurgie de reprise pour les patients dont l'articulation de la cheville est endommagée par une forme sévère d'arthrite rhumatoïde, d'arthrose post-traumatique ou de toute atteinte articulaire susceptible de détériorer l'articulation talo-crurale et sa fonction.

Les contre-indications absolues sont :

- nécrose complète du talus ;
- arthropathie de Charcot
- arthrodèse de cheville avec exérèse des malléoles ;
- troubles neurologiques loco-régionaux ;
- absence de fonction musculaire du membre inférieur.

Les contre-indications relatives sont :

- séquelles d'infection ;
- ostéoporose sévère ;
- couverture cutanée de mauvaise qualité ;
- perte irréparable du ligament collatéral de la cheville.

Le nécessaire alignement des implants repose sur l'utilisation d'un ancillaire de pose spécifique. Compte tenu de la difficulté de l'implantation d'une prothèse totale de cheville et de la courbe d'apprentissage qui en résulte, l'implantation d'une prothèse de cheville est réservée aux chirurgiens orthopédistes, fortement impliqués dans la prise en charge chirurgicale des affections du pied et de la cheville, et formés par compagnonnage auprès d'un chirurgien expérimenté pour l'arthroplastie de cheville.

La nécessaire fiabilité du geste opératoire conditionnant les résultats de l'arthroplastie impose l'implantation régulière de ce type d'implants par le chirurgien compétent. L'arthroplastie de la cheville est réservée aux centres pratiquant un nombre minimum d'implantations de prothèses totales de cheville de 10 par an, depuis au moins trois ans.

La prise en charge est assurée pour les implants articulaires de cheville suivants :

Société Integra LifeSciences Services France (INTEGRA)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3147212	Cheville, implant tibial, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301200 à 301206 droit et 302200 à 302206 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301221 à 301226 droit 8 mm, 301231 à 301236 droit 12 mm, 302221 à 302226 gauche 8 mm et 302231 à 302236 gauche 12 mm pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	114 165	114 165
3194393	Cheville, implant astragalien, non cimenté, INTEGRA, HINTEGRA. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 301110 à 301116 droit et 302110 à 302116 gauche pour la première intention correspondant aux tailles 0 à 6 ; 301121 à 301126 droit et 302121 à 302126 gauche pour la révision correspondant aux tailles 1 à 6.	103 759	103 759

3137805	Cheville, insert en polyéthylène, INTEGRA, HINTEGRA. Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville HINTEGRA de la société INTEGRA LifeSciences Services France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 300x0y (x = 0 à 6 et y = 5/6/7/9 : tailles 0 à 6 épaisseur en mm).	26 006	26 006
---------	--	--------	--------

Société Small Bone Innovations International SAS (SBI)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3136898	Cheville, implant tibial, non cimenté, SBI, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-230, 400-231, 400-232, 400-233 et 400-234.	114 165	114 165
3130938	Cheville, implant astragalien, non cimenté, SBI, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-211, 400-212, 400-213, 400-214, 400-215, 400-216, 400-217, 400-218, 400-219 et 400-220	103 759	103 759
3157015	Cheville, implant tibial, cimenté, SBI, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-128, 400-130, 400-132, 400-134 et 400-136 concernant les implants à cimenter. 400-300, 400-302, 400-304, 400-306 et 400-307 concernant les reprises à cimenter.	109 230	109 230
3104728	Cheville, implant astragalien, cimenté, SBI, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-097, 400-098, 400-099, 400-100, 400-101, 400-102, 400-103, 400-104, 400-105 et 400-106	98 824	98 824
3108436	Cheville, insert en polyéthylène, SBI, STAR La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 400-140, 400-141, 400-142, 400-143 et 400-144.	26 006	26 006

Société Tornier Sas (France)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3143007	Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO Implant tibial pour prothèse totale de cheville, version mobile, CoCr, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 120, LJU 121, LJU 122, LJU 123, LJU 130, LJU 131, LJU 132 et LJU 133 concernant les implants tibiaux avec plot ; LJU 181, LJU 182, LJU 183, LJU 191, LJU 192 et LJU 193 concernant les implants tibiaux CoCr sans plot.	114 165	114 165
3160543	Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO Implant talien pour prothèse totale de cheville, version mobile-fixe, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 100, LJU 101, LJU 102, LJU 103, LJU 110, LJU 111, LJU 112 et LJU 113.	103 759	103 759

3134400	Cheville, insert en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO Insert en polyéthylène pour prothèse totale de cheville, version mobile, SALTO, de la société TORNIER SAS (France). La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU 008, LJU 009, LJU 010, LJU 011, LJU 012, LJU 014, LJU 015, LJU 016, LJU 017, LJU 018, LJU 019, LJU 020, LJU 021, LJU 024, LJU 025, LJU 026, LJU 027, LJU 028, LJU 029, LJU 030, LJU 031, LJU 034, LJU 035, LJU 036, LJU 037, LJU 038, LJU 039, LJU 040 et LJU 041.	26 006	26 006
3179494	Cheville, implant tibial non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Implant tibial pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU520, LJU521, LJU522 et LJU523.	114 165	114 165
3150830	Cheville, implant astragalien, non cimenté, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Implant talien pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS, en chrome cobalt (CoCr) avec revêtement plasma spray de titane. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU500, LJU501, LJU502, LJU503, LJU510, LJU511, LJU512 et LJU513.	103 759	103 759
3137604	Cheville, insert talien en polyéthylène, TORNIER SAS (France), SALTO TALARIS. Insert talien fixe en polyéthylène pour prothèse totale de cheville SALTO TALARIS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : LJU408, LJU409, LJU410, LJU411, LJU418, LJU419, LJU420, LJU421, LJU215, LJU216, LJU217, LJU218, LJU225, LJU226, LJU227, LJU228, LJU235, LJU236, LJU237, LJU238, LJU239, LJU240, LJU241, LJU242, LJU243, LJU245, LJU246, LJU247, LJU248, LJU249, LJU250, LJU251, LJU252, LJU253, LJU255, LJU256, LJU257, LJU258, LJU259, LJU260, LJU261, LJU262, LJU263, LJU265, LJU266, LJU267, LJU268, LJU269, LJU270, LJU271, LJU272, LJU273, LJU275, LJU276, LJU277, LJU278, LJU279, LJU280, LJU281, LJU282, LJU283, LJU285, LJU286, LJU287, LJU288, LJU289, LJU290, LJU291, LJU292 et LJU293.	26 006	26 006

Paragraphe 8 : Implants articulaires de doigt (mains et pieds)

Implants métacarpiens ou métatarsiens monobloc

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3113561 301E01.911	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien monobloc, non métallique. Il est composé d'une tige et d'une extrémité céphalique.	30 094	30 094

3192017 301E01.912	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien monobloc, métallique ou mixte. Il est composé d'une tige (vissée ou non) et d'une extrémité céphalique convexe ou non.	95 654	95 654
-----------------------	---	--------	--------

Implants métacarpiens ou métatarsiens modulaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3177800 301E01.9131	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, tige. Tige métacarpienne ou métatarsienne.	85 982	85 982
3186554 301E01.9132	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, modulaire, embase avec tête et col. La référence 3186554 ne peut s'ajouter qu'à la référence 3177800.	44 710	44 710
3181232 301E01.914	Doigt, implant métacarpien ou métatarsien, cupule. Cupule métacarpienne ou métatarsienne.	53 738	53 738

Implants phalangiens

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3143438 301E01.921	Doigt, implant phalangien, non métallique.	26 869	26 869
3175131 301E01.922	Doigt, implant phalangien, métallique ou mixte. Il est composé d'une tige (vissée ou non) et d'une surface articulaire	54 812	54 812

Implants métacarpophalangiens, métatarsophalangiens et interphalangiens, bipolaires, correspondant à une prothèse totale.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3163671 301E01.931	Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), non métallique. Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien bipolaire, non métallique. Il correspond à une prothèse totale avec ou sans grommets.	36 542	36 542
3122583 301E01.932	Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), non métallique avec articulation. Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien, bipolaire, non métallique. Il correspond à une prothèse totale comportant un dispositif permettant l'articulation (type charnière ou pivot).	75 233	75 233
3115689 301E01.933	Doigt, implant bipolaire (prothèse totale), métallique ou mixte avec articulation. Implant métacarpophalangien, métatarsophalangien ou interphalangien bipolaire, métallique ou mixte. Il correspond à une prothèse totale comportant un dispositif d'articulation (type charnière ou pivot).	152 617	152 617

Surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3140049 301E01.94	Doigt, surface articulaire ou bouton métacarpien, métatarsien ou phalangien.	66 635	66 635

Sous-section 2 : Ligaments artificiels

La prise en charge des implants de substitution ou de renfort de tendon (tendon conformateur de Hunter ou renfort de suture pour rupture du tendon d'Achille...) n'est pas assurée sous ce code mais sous les codes 3138160 et 3133240.

La prise en charge est assurée dans la limite d'un ligament par articulation.

Ligament articulaire de remplacement ou de renfort pour les articulations de l'épaule, du genou ou de la cheville

Ils ont un diamètre de section supérieure ou égale à 3 mm et ont prouvé par des évaluations médicales leur efficacité clinique au delà de 4 ans minimum.

La prise en charge est assurée pour les ligaments suivants :

Société Lars SA

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3114684	<p>Ligament articulaire artificiel, LARS SA, GENOU.</p> <p>La prise en charge du ligament artificiel LARS est assurée pour la chirurgie de reprise pour les reconstructions des ligaments croisés antérieurs et postérieurs du genou lorsque tous les transplants autologues ont été utilisés.</p> <p>A titre exceptionnel, en chirurgie de reconstruction du genou, en cas de lésions multiligamentaires (en particulier récentes et intéressant le LCP), et en l'absence de transplants autologues en nombre suffisant.</p> <p>Le ligament artificiel pour le genou LARS ne doit pas être utilisé en cas d'arthrite septique, de tissu infecté et de risque d'infection secondaire.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>PC 60, PC 80, AC PC PL. 60 CK 1, PC 100, PC 100 4B, PPLY 100, PPLY 110, AC 60 L, AC 60 R, AC 60 C, AC 60 SC, AC 60 DB, AC 80 C, AC 80 CK, AC 80 L, AC 80 R, AC 100 2B L, AC 100 2B R, AC 120 2B L, AC 120 2B R, AC 160 2B L, AC 160 2B R, AC 30 RA, AC 20 DB, AC 30 DB, AC 30 RA, ACTOR 8, ACTOR 10, AC 44 RA, AC FAR 32 CK, IT 20 RA, IT 32 RA, MCL 32, PPLY LCL 100, PPLY FP 80, AC 40 DB/AM, AC 40 DB, AC 50 DB, AC 100 C, AC 100 2BL/S, AC 100 2BR/S</p>	70 934	70 934

Société Orthomed SA

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3145928	Ligament articulaire artificiel, ORTHOMED SA, Ligastic de genou Réf. LCP 88 NE, LCP 44 NE Ig 30, LCA 44 NEF, LCA 60 NEF, LCA 72 NEF, L 30	70 934	70 934

Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104616	Ligament articulaire artificiel du rachis, de remplacement ou de renfort.	36 542	36 542

Ligament articulaire aiguillé ou ligament articulaire non aiguillé des articulations autre que l'épaule, le genou la cheville et le rachis

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3183165	Ligament articulaire artificiel aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.	8 168	8 168
3195197	Ligament articulaire artificiel non aiguillé autres qu'épaule, genou, cheville et rachis.	8 168	8 168

Ligament articulaire artificiel, système de fixation ou de sertissage

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3183633	Ligament articulaire artificiel système de fixation ou de sertissage. Accessoires pour ligamentoplastie, système de fixation ou de sertissage, quel qu'en soit le type (dans la limite de 29 664F.CFP par intervention). Lorsque les ligaments sont livrés avec un système de fixation serti, ils sont pris en charge par addition des références 3145928, 3114684, 3104616 ou 3183165 et de la référence 3183633.	9 888	9 888

Sous-section 3 : Implants d'ostéosynthèse

La prise en charge est assurée pour les implants livrés stériles, ou livrés en vrac et stérilisés en bloc opératoire.

La notion d'adhérence dont fait état la nomenclature fait référence à la définition de la norme AFNOR NFS 90 426 ou l'équivalent de cette norme, c'est-à-dire « à crénage sur la face osseuse ».

Lames plaques ou lames coudées

Clous plaques

Vis plaque

Plaque (sécable ou non)

Vis et contre vis

Avec ou sans accessoires : écrou, rondelle, quel que soit le diamètre.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3162223	Ostéosynthèse, vis d'interférence, non résorbable, ligamentoplastie. Vis d'interférence pour fixation de greffon osseux et/ou tendineux lors de ligamentoplastie. Dans la limite de 26 827 F.CFP par intervention.	13 413	13 413
3175830	Ostéosynthèse, vis d'interférence, résorbable, ligamentoplastie. Vis d'interférence pour fixation de greffon osseux et tendineux lors de ligamentoplastie. Dans la limite de 66 034 F.CFP par intervention.	33 017	33 017

Clous centro-médullaires

Broches

Implants d'ostéosynthèse divers et supplément

Le tarif des accessoires pour vis et broches (embout à l'exception des embouts antimigration, rondelle, écrou et contre écrou) est compris dans celui des vis et des broches correspondant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3197753	Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, non résorbable.	17 540	17 540
3190857	Ostéosynthèse, système d'ancrage tendineux ou ligamentaire, résorbable.	26 827	26 827

Implants pour chirurgie des extrémités des membres, mains et pieds

Implants d'ostéosynthèse sur mesure

Implants d'allongement

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3196943 301E03.021	Ostéosynthèse, clou d'allongement, avec son système de verrouillage. La prise en charge des implants d'allongement est assurée en cas de nanisme et en cas d'inégalité de longueur des membres, supérieure à 3 cm. Pour les inégalités de longueur post traumatiques, la prise en charge est assurée pour une inégalité de longueur des membres supérieure à 2,5 cm.	330 168	330 168

Implants pour chirurgie cranio-maxillo-faciale

Prothèses totales de l'articulation temporomandibulaire

Code	Nomenclature	Tarif en	PLV en
------	--------------	----------	--------

		F.CFP	F.CFP TTC
3172658	<p>Prothèses totales de l'articulation temporo-mandibulaire. Société BIOMET SAS (France)</p> <p>Indications prises en charge Reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire : – après une greffe ostéocondrale en l'absence d'alternative ; ou – en première intention en cas de perte de substance osseuse massive ou en cas d'ankylose affectant la base du crâne. Les prothèses totales ayant une composante mandibulaire (condyle mandibulaire) en alliage de titane-aluminiumvanadium (Ti-6Al-4V) sont indiquées chez les patients ayant une sensibilité connue ou présumée au nickel.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation Une prothèse totale nécessite, en primo-implantation, l'association d'une composante temporale et d'une composante mandibulaire. L'utilisation des PROTHÈSES TMJ est réservée aux centres de chirurgie maxillo-faciale et aux praticiens ayant expérience de cette technique et de la reconstruction de l'articulation temporo-mandibulaire. Lors de la primo-implantation, une composante temporale et une composante mandibulaire sont toujours associées pour constituer la prothèse totale. Lors d'une reprise chirurgicale le remplacement d'une seule composante est possible. 3172658 Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, temporale. Composante temporale ou fosse de la prothèse de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ.</p> <p>Références prises en charge : 24-6563 ou 24-6563-INT (TMJ SM gauche fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6561 ou 24-6561-INT (TMJ MED gauche fosse COMP/INVST, moyenne taille). 24-6565 ou 24-6565-INT (TMJ LRG gauche fosse COMP/INVST, grande taille). 24-6562 ou 24-6562-INT (TMJ SM droite fosse COMP/INVST, petite taille). 24-6560 ou 24-6560-INT (TMJ MED droite fosse COMP/INVST, moyenne taille). 24-6564 ou 24-6564-INT (TMJ LRG droite fosse COMP/INVST, grande taille).</p>	423 987	423 987
3140629	<p>Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire CRCOMO. Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de chrome-cobalt-molybdène de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ.</p> <p>Références prises en charge : 24-6546 ou 24-6546-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551 ou 24-6551-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard).</p>	423 987	423 987

	24-6556 ou 24-6556-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545 ou 24-6545-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550 ou 24-6550-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6555 ou 24-6555-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546 ou 01-6546-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551 ou 01-6551-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556 ou 01-6556-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545 ou 01-6545-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550 ou 01-6550-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555 ou 01-6555-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646 ou 24-6646-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651 ou 24-6651-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645 ou 24-6645-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650 ou 24-6650-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).		
3118630	Prothèse maxillo-faciale, Biomet, TMJ, élément mandibulaire Ti-6Al-4V. Composante mandibulaire ou condyle mandibulaire de la prothèse en alliage de titane-aluminium-vanadium de l'articulation temporo-mandibulaire TMJ, de la société BIOMET SAS. Références prises en charge : 24-6546TI ou 24-6546TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6551TI ou 24-6551TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6556TI ou 24-6556TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Gauche, Standard). 24-6545TI ou 24-6545TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6550TI ou 24-6550TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 24-6555TI ou 24-6555TI-INT (TMJ 55 mm INVST Mandibulaire Droite, Standard). 01-6546TI ou 01-6546TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6551TI ou 01-6551TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6556TI ou 01-6556TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Gauche, Etroit). 01-6545TI ou 01-6545TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6550TI ou 01-6550TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 01-6555TI ou 01-6555TI-INT (TMJ 55 mm Mandibulaire Droite, Etroit). 24-6646TI ou 24-6646TI-INT (TMJ 45 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6651TI ou 24-6651TI-INT (TMJ 50 mm Mandibulaire Gauche, Désaxé). 24-6645TI ou 24-6645TI-INT (TMJ 45 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé). 24-6650TI ou 24-6650TI-INT (TMJ 50 mm INVST Mandibulaire Droite, Désaxé).	423 987	423 987

Plaques crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3185767 301E03.0311	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, droite.	9 458	9 458
3195932 301E03.0312	Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro droite. Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	13 757	13 757
3183389 301E03.0313	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, non droite.	11 607	11 607
3125452 301E03.0314	Implant crânio-maxillo-facial, plaque micro non droite. Plaque crânio-maxillo-faciale (d'épaisseur inférieure ou égale à 0,6 mm).	15 906	15 906
3148306 301E03.0315	Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface inférieure ou égale à 4 cm².	18 056	18 056
3133026 301E03.0316	Implant crânio-maxillo-facial, plaque alvéolée de surfaçage, surface supérieure à 4 cm².	48 579	48 579
3132601 301E03.0317	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, droite.	45 140	45 140
3115169 301E03.0318	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, construction partielle de la mandibule, non droite.	60 187	60 187
3163317 301E03.0319	Implant crânio-maxillo-facial, plaque, pour construction totale de la mandibule.	107 477	107 477
3161548 301E03.0301	Implant crânio-maxillo-facial, plaque à losanges à réglage sur site.	55 888	55 888
3172517 301E03.0302	Implant crânio-maxillo-facial, plaque nasale, préformée, pour génioplastie.	23 644	23 644
3153307 301E03.0303	Implant crânio-maxillo-facial, plaque ronde pour neurochirurgie.	20 635	20 635

Vis crânio-maxillo-faciales

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3180860 301E03.0321	Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée micro ou mini. Vis de diamètre inférieur ou égal à 2,3 mm.	1 935	1 935
3179790 301E03.0322	Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée maxi. Vis de diamètre supérieur à 2,3 mm.	6 448	6 448

3108910 301E03.0323	Implant crânio-maxillo-facial, vis filetée, tête autopréhensive ou autorétentive. Quel que soit le diamètre. Cette référence concerne les vis restant solidaires du tournevis pendant le vissage, sans maintien manuel : - soit par le biais du maintien de la tête de la vis par la mâchoire du tournevis adapté, pour les vis dites "autopréhensives", - soit par l'incrustation de l'extrémité du tournevis dans la tête de la vis conçue spécifiquement pour s'adapter au plus juste avec le tournevis, pour les vis dites "autorétentives".	3 439	3 439
3171400 301E01.0324	Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, à ailettes de filetage larges Vis à ailettes de filetage larges (type Schendel).	5 589	5 589
3199522 301E01.0325	Implant crânio-maxillo-facial, vis micro, mini ou maxi, autoforeuse ou à ailettes Vis autoforeuse ou à ailettes de filetage larges (type Schendel) et à filetage partiel.	10 318	10 318

Implant osseux pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3156174 301E07.1	Implant osseux, avec pilier, adaptation d'une épiprothèse.	35 253	35 253

Autres implants

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3157937 301E03.033	Implant crânio-maxillo-facial, Fil de cerclage en titane par intervention.	5 589	5 589

Sous-section 4 : Substituts osseux

Paragraphe 1: Substituts synthétiques de l'os

La prise en charge est assurée dans le cas des comblements osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux.

La prise en charge d'une unité de substitut d'origine animale ne peut s'ajouter à celle d'une unité de substitut d'origine synthétique. Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de **93 505 F.CFP**.

Lorsque, dans ces indications, sont utilisés des greffons d'origine humaine en association avec un substitut d'origine synthétique, la prise en charge est assurée dans la limite de **457 850 F.CFP** sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.

Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

I- La prise en charge est assurée pour les produits dont la composition est l'une des suivantes : phosphates de calcium (produits biphasiques) et sulfates de calcium

a) Phosphates de calcium:

- phosphate tricalcique (PTC) pur (> 95 %) ;
- hydroxyapatite (HAP) pur (> 95 %) ;
- PTC/HAP : produits biphasiques.

b) Sulfates de calcium:

- sulfate de calcium pur (> 98 %),

et qui se présentent soit sous forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, parallélépipède, cylindre), soit sous forme anatomique (vertèbre, disque intervertébral, coin d'ostéotomie ou celles utilisées notamment en chirurgie maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3104556	Implant osseux, géométrique, volume < ou = 5 cm ³ . Implant osseux de forme géométrique pour un volume inférieur ou égal à 5 cm ³	21 495	21 495
3164140	Implant osseux, géométrique, > 5 cm ³ et < ou = 15 cm ³ . Implant osseux de forme géométrique pour un volume supérieur à 5 cm ³ et inférieur ou égal à 15 cm ³ .	23 644	23 644
3159072	Implant osseux, géométrique, > 15 cm ³ . Implant osseux de forme géométrique pour un volume supérieur à 15 cm ³ .	34 393	34 393
3115028	Implant osseux, anatomique, chirurgie orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie orthopédique (vertèbre, disque intervertébral, coin d'ostéotomie...)	30 094	30 094
3193519	Implant osseux, anatomique, chirurgie non orthopédique. Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-facial, ORL ou neurochirurgie notamment).	21 495	21 495

- Ciments sulfocalciques :

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	SOCIÉTÉ	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3191348	Implant osseux, poudre < 15 cm ³ , CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide. Ciment injectable sulfocalcique CERAPLAST CMT prise rapide dose de 10 cm ³ .	CERAVER (France)	21 495	21 495
3166801	Implant osseux, poudre > 15 cm ³ , CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide. Ciment injectable sulfocalcique, CERAVER, CERAPLAST CMT prise rapide dose de 20 cm ³ .	CERAVER (France)	31 168	31 168

II- Pour les produits d'autres compositions, la prise en charge est assurée pour les produits suivants

a) Phosphates de calcium

Produits multiphasiques

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3152897 301E04.21	Implant osseux géométrique, < ou = 5 cm ³ , DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	21 495	21 495
3152897 301E04.21	Implant osseux géométrique, < ou = 5 cm ³ , DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	21 495	21 495
3117369 301E04.22	Implant osseux géométrique, > 5 cm ³ et < ou = 15 cm ³ , DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	23 644	23 644
3138420 301E04.23	Implant osseux géométrique, > 15 cm ³ , DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	34 393	34 393
3142226 301E04.31	Implant osseux anatomique, chirurgie orthopédique, DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	30 094	30 094
3158724 301E04.32	Implant osseux anatomique, chirurgie non orthopédique, DEPUY, CONDUIT R.	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	21 495	21 495

Ciments phosphocalciques injectables et modelables

Société BIOMET MERCK FRANCE (BIOMET)

Indications :

Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (comblement, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes.

Modalités de prescription et d'utilisation :

Précautions d'emploi :

Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne.

Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...).

Conditions de prise en charge :

Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3134416	Implant osseux, poudre, <ou = 15 cm ³ , BIOMET, CALCIBON. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 5 g, volume final de pâte : 4 cm ³ . Ciment injectable CALCIBON 10 g, volume final de pâte : 8 cm ³ .	21 495	21 495
3146655	Implant osseux, poudre, < 15 cm ³ , BIOMET, CALCIBON. Références prises en charge : Ciment injectable CALCIBON 20 g, volume final de pâte : 16 cm ³ .	31 168	31 168

Société Synthes SAS (Synthes)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3100564	<p>Implant osseux, poudre, < 15 cm³, injectable, SYNTHES, NORIAN.</p> <p>Substitut synthétique de l'os NORIAN, composé d'une poudre de phosphate de calcium et d'une solution de phosphate de sodium, emballés séparément et mélangés lors de l'intervention, sous forme injectable (seringue), de la société SYNTHES SAS.</p> <p>La prise en charge du substitut de l'os NORIAN est assurée pour le comblement osseux en chirurgie orthopédique et traumatologie à l'exception de la chirurgie crânio-maxillaire faciale.</p> <p>Le substitut de l'os Norian doit être utilisé pour le comblement de volume cavitaire inférieur à 40 cm³.</p> <p>La mise en place du substitut en phase liquide à proximité d'une articulation prothétique n'est pas recommandée.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SRS-0300-RMS : volume 3 cc (6 g) ; - SRS-0500-RMS : volume 5 cc (9 g) ; - SRS-1000-RMS : volume 10 cc (17 g). 	21 495	21 495
3102824	<p>Implant osseux, poudre, ≤ 15 cm³, modelable, SYNTHES, NORIAN.</p> <p>Substitut synthétique de l'os, NORIAN, composé d'une poudre de phosphate de calcium et d'une solution de phosphate de sodium, emballés séparément et mélangés lors de l'intervention, sous forme modelable (coupelle), de la société SYNTHES SAS.</p> <p>La prise en charge du substitut de l'os NORIAN est assurée pour le comblement osseux en chirurgie orthopédique et traumatologie à l'exception de la chirurgie crânio-maxillaire faciale.</p> <p>Le substitut de l'os NORIAN doit être utilisé pour le comblement de volume cavitaire inférieur à 40 cm³.</p> <p>La mise en place du substitut en phase liquide à proximité d'une articulation prothétique n'est pas recommandée.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SRS-0300-FSP : volume 3 cc (6 g) ; - SRS-0500-FSP : volume 5 cc (9 g) ; - SRS-1000-FSP : volume 10 cc (17 g). 	21 495	21 495
3159497	<p>Implant osseux, poudre, < ou = 10 cm³, injectable, SYNTHES, CHRONOS INJECT.</p> <p>La prise en charge est assurée pour le comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, d'un volume inférieur ou égal à 10 cm³, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux.</p> <p>L'utilisation de CHRONOS INJECT est contre-indiquée dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infections aiguës ou chroniques, en particulier au niveau du site opératoire (infections de l'os ou des tissus mous) ; - lymphome malin ou myélome non traité ; - défaut à proximité d'une épiphyse ouverte ; - fractures ouvertes ; - fractures avec accès ouvert à l'articulation après réduction ; - comblement de défaut ostéocartilagineux ; - pathologie du métabolisme calcique (comme des endocrinopathies) ; - insuffisance rénale fonctionnelle. <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 710.065S, CHRONOS INJECT, 2,5 cm³, dans cartouche de mixage et d'application ; - 710.066S, CHRONOS INJECT, 5 cm³, dans cartouche de mixage et d'application ; - 710.067S, CHRONOS INJECT, 10 cm³, dans cartouche de mixage et d'application. 	21 495	21 495

Société Teknimed

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3158530	Implant osseux, poudre, < ou = 15 cm ³ , TEKNIMED, CEMENTEK. Comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux. Référence prise en charge : Ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK dose 20 g correspondant à 8 cm ³ : T815020	21 495	21 495
3199456	Implant osseux, poudre, > 15 cm ³ , TEKNIMED, CEMENTEK. Comblement osseux, ou renforcement d'une perte de substance osseuse d'origine traumatique ou orthopédique, dans la perspective d'une reconstitution du stock osseux. Références prises en charge : Ciment injectable phosphocalcique CEMENTEK ou CEMENTEK LV dose 40 g correspondant à 16 cm ³ : T815040 et T8150LV.	31 168	31 168

Ostibone

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3139247	Implant osseux, pâte, <= 5 cm ³ , seringue de 5 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE. Pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite. Indications : Comblement de perte de substance dans les cas suivants : - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). Modalités de prescription et d'utilisation : - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (? 5 cm ³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. Référence prise en charge : 253 431	FH ORTHOPEDICS SAS (FH ORTHOPEDICS)	20 421	20 421

3180741	<p>Implant osseux, pâte, <= 5 cm³, seringue de 2 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE.</p> <p>Implant osseux, OSTIBONE, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 2 ml, avec aiguille, de la société FH ORTHOPEDICS SAS.</p> <p>Indications :</p> <p>Comblement de perte de substance dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (= 5 cm³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. <p>Référence prise en charge : 253430.</p>	FH ORTHOPEDICS SAS (FH ORTHOPEDICS)	20 421	20 421
3134110	<p>Implant osseux, pâte, <= 5 cm³, seringue de 1 ml, FH ORTHOPEDICS, OSTIBONE.</p> <p>Implant osseux, OSTIBONE pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 1 ml, avec aiguille, de la société FH ORTHOPEDICS SAS.</p> <p>Indications :</p> <p>Comblement de perte de substance dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fractures métaphysaires ; - curetages de tumeur bénigne ; - ostéotomies métaphysaires ; - arthrodèses (pied, cheville et rachis). <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le substitut osseux OSTIBONE doit être utilisé pour des comblements de petits volumes cavitaires (= 5 cm³) ; - le substitut osseux OSTIBONE ne doit pas être placé au contact direct de la peau ni à proximité d'une articulation. <p>Référence prise en charge : 253 429.</p>	FH ORTHOPEDICS SAS (FH ORTHOPEDICS)	20 421	20 421

Nanostim

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	---------	----------------	---------------------

3137478	<p>Implant osseux, pâte, _ 5 cm³, seringue de 5 ml, Medtronic, NANOSTIM.</p> <p>Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 5 ml, avec canule, de la société MEDTRONIC France SAS.</p> <p>Indications :</p> <p>Comblement de perte de substance dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ; – arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. <p>Spécifications techniques :</p> <p>Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant.</p> <p>Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm³ et non le volume ou la masse de poudre.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <p>Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne.</p> <p>Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...).</p> <p>Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 8470050 	Société Medtronic France SAS (Medtronic)	20 421	20 421
---------	--	---	--------	--------

3128812	<p>Implant osseux, pâte, _ 5 cm3, seringue de 2 ml, Medtronic, NANOSTIM.</p> <p>Implant osseux, NANOSTIM, pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 2 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS.</p> <p>Indications :</p> <p>Comblement de perte de substance dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ; – arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. <p>Spécifications techniques :</p> <p>Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant.</p> <p>Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm3 et non le volume ou la masse de poudre.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <p>Le recours aux substituts osseux est proscrite en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéo-nécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne.</p> <p>Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...).</p> <p>Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 8470020 	Société Medtronic France SAS (Medtronic)	20 421	20 421
---------	--	---	--------	--------

3129898	<p>Implant osseux, pâte, _ 5 cm³, seringue de 1 ml, Medtronic, NANOSTIM.</p> <p>Implant osseux, NANOSTIM pâte injectable composée de 35 % d'hydroxyapatite, seringue de 1 ml, avec aiguille, de la société MEDTRONIC France SAS.</p> <p>Indications :</p> <p>Comblement de perte de substance dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fractures métaphysaires ; – fractures sur prothèse totale de hanche ; – ablations de tumeur bénigne ; – ostéotomies métaphysaires ; – arthrodèses (pied et rachis) ; – kystes osseux ; – prélèvement d'autogreffe. <p>Spécifications techniques :</p> <p>Les conditions précises dans lesquelles la résorption et la résistance à la compression des biomatériaux ont été évaluées doivent être renseignées. L'absence de résistance à la compression doit également être documentée, le cas échéant.</p> <p>Le conditionnement doit faire mention du volume final de comblement exprimé en cm³ et non le volume ou la masse de poudre.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation :</p> <p>Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique, dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne.</p> <p>Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par biphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies...).</p> <p>Le chirurgien doit utiliser le conditionnement optimal en termes de volume et de forme. A défaut, le recours à plusieurs unités de substituts osseux doit être envisageable, en quantité la plus restreinte possible, en fonction du volume à combler.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 8470010 	Société Medtronic France SAS (Medtronic)	20 421	20 421
---------	---	--	--------	--------

Paragraphe 2 : Autres éléments de substitution et de comblement à matrice bio-inerte avec ou sans bio-activité de surface

Cales d'interposition

La prise en charge est assurée pour le produit suivant:

Société Matériel Implants Limousil (MIL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3170487 301E04.31	Implant osseux anatomique, chirurgie orthopédique, MIL, CERAMIL. Ceramil, cale d'interposition. La prise en charge est assurée pour l'ostéotomie tibiale d'addition. La prise en charge est assurée pour les références : M69CC5, M69CC6, M69CC7, M69CC8, M69CC9, M69CC10, M69CC11, M69CC12 M69CC13, M69CC14, M69CC15, M69CC16 et M69CC17. Ce code ne permet pas la prise en charge des coins dièdres.	30 094	30 094

Prothèse osseuse sur mesure pour la reconstruction de la voûte crânienne

Société ETHICON SAS, division CODMAN (CODMAN)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3164937	<p>Implant osseux sur mesure, reconstruction voûte crânienne, Codman, CUSTOMBONE. Substitut osseux sur mesure en hydroxyapatite poreuse de calcium pour la reconstruction de la voûte crânienne de la société Codman, division d'Ethicon SAS.</p> <p>Description : CUSTOMBONE est une prothèse sur-mesure constituée de céramique d'hydroxyapatite poreuse (40 à 70 % de porosité par rapport au volume total). L'implant est livré en deux exemplaires stériles, et emballés individuellement.</p> <p>Indications : Les substituts osseux sont indiqués en cas d'un apport osseux de substitution (combler, reconstruction, fusion), lorsque les solutions autologues ne sont pas applicables ou suffisantes. Les substituts osseux sur mesure destinés à la reconstruction crânienne sont indiqués en cas de reconstruction crânienne après échec de l'autogreffe ou dans le cas d'un délabrement supérieur à 35 cm² et/ou situé dans la zone antérieure ou fronto-temporale, chez des patients ayant un bon pronostic neurologique et/ou carcinologique.</p> <p>Accord préalable : La prise en charge par l'assurance maladie est assurée après accord préalable du médecin conseil conformément à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation : Le recours aux substituts osseux est proscrit en milieu septique (ou infecté), dans l'os irradié (selon des critères radiologiques indiquant une ostéonécrose), en cas de brèche méningée dans la chirurgie crânio-rachidienne. Une mise en garde sur leur utilisation est de rigueur chez les patients traités par bisphosphonates et dans les situations cliniques particulières (tumeur, chimiothérapie en cours, immunodéficience, diabète non équilibré, allergies, etc.).</p>	1 128 000	1 128 000

Sous-section 5 : Implants tendineux

Implants prothétiques ou de renfort tendineux, textiles

La prise en charge du système de fixation de l'implant prothétique ou de renfort tendineux est assurée sous le code 3183633.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138160	Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile hors rupture de la coiffe des rotateurs.	25 042	25 042
3124240	Implant tendineux, prothétique ou de renfort, textile pour rupture de la coiffe des rotateurs.	60 187	60 187

Implants tendineux conformateurs (dits tiges de Hunter) pour lésions des tendons de la main

La prise en charge est assurée dans la limite d'un implant par tendon.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3161465	Implant tendineux, conformateur actif, lésions des tendons de la main, définitif. Implant pour pose définitive.	38 046	38 046
3133240	Implant tendineux, conformateur passif, lésions des tendons de la main, temporaire. Implant pour pose temporaire.	25 579	25 579

Implant de suture percutanée du tendon d'Achille

La prise en charge est assurée pour les implants de suture suivants :

Société Fh Orthopedics Sas (FH)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3150697	<p>Implant de suture percutanée du tendon d'Achille, FH, TENOLIG, boîte de 2 kits.</p> <p>1- Conditionnement : Le conditionnement contient les deux kits nécessaires à la ténosynthèse. Un kit contient : 1 fil (implant) en polymère de type polyéthylènetéréphtalate de 0,85 mm de diamètre et 360 mm de longueur utile, serti d'une aiguille courbée à pointe trocart d'une longueur de 150 mm et d'un harpon serti sur le fil à 250 mm de l'aiguille ; 2 plombs perforés (pour le serrage) ; 1 rondelle de fixation en polyéthylène (pour le serrage).</p> <p>2- Indication : La prise en charge de l'implant de suture percutanée du tendon d'Achille TENOLIG est assurée pour la suture du tendon d'Achille, en cas de rupture récente (entre 0 et 8 jours après la rupture).</p> <p>3- Conditions d'utilisation : TENOLIG doit être utilisé dans les conditions suivantes : - mise en place percutanée par incision proximale, 4 à 5 cm au-dessus de la zone de rupture, guidage distal de l'aiguille et sortie en rétromalléolaire ; - ancrage du harpon sur la gaine tendineuse et blocage distal de la suture à l'aide de la rondelle en polyéthylène (serrage par écrasement des plombs sertis sur la suture) ; - suivi par un kinésithérapeute pour s'assurer que le patient respecte les consignes, de rééducation immédiate avec exclusion d'appui ou de rééducation après immobilisation ; - ablation du dispositif six semaines après la mise en place. Il est nécessaire d'utiliser 2 kits de ténosynthèse par tendon rompu.</p> <p>4 - Contre-indications : TENOLIG ne doit pas être utilisé en cas : - d'infection ou d'infection latente touchant la zone d'intervention ; - de ruptures anciennes ou avec perte de substance importante ; - de ruptures basses ; - de désinsertions calcanéennes ou de ruptures hautes à la jonction myo- tendineuse.</p> <p>5- Référence prise en charge : référence 232942</p>	51 589	51 589
---------	---	--------	--------

Sous-section 6 : Implants sur mesure

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade. Ils sont réalisés d'après les données du scanographe et/ou de clichés radiologiques du patient. Ils sont pris en charge après entente préalable conformément à l'article R LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée et sont posés lorsque la preuve médicale a été apportée, sur cette entente préalable, que la pose d'un implant standard, de reprise ou de reconstruction ne convient pas.		
3182697 301E05.1	Implant sur mesure, pour reconstruction de bassin. Il peut être pris en charge dans les cas particuliers suivants : - morphologie atypique (nanisme, gigantisme, dysplasie importante) ; - reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ; - grand fracas osseux (notamment lors de reprises importantes). La prise en charge est assurée dans la limite de 743 738 F.CFP .	743 738	743 738
3187097 301E05.2	Implant sur mesure, pour reconstruction du fémur total. Il peut être pris en charge dans les cas particuliers de reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale et infectieuse. La prise en charge est assurée dans la limite de 1 579 905 F.CFP	1 579 905	1 579 905
3198244 301E05.3	Implant sur mesure, pour reconstruction de la tête du fémur avec appui ischiatique dite de "selle". Il peut être pris en charge dans les cas particuliers de reconstruction osseuse étendue d'origine tumorale ou infectieuse. La prise en charge est assurée dans la limite de 423 887 F.CFP	423 887	423 887

Sous-section 7 : Systèmes modulaires de reconstruction fémorale

La prise en charge de la prothèse modulaire de reconstruction fémorale SYSTEME METS est assurée en cas de :

- tumeurs osseuses primitives localisées ;
- métastases osseuses entraînant une destruction massive du fémur ;
- toutes situations exceptionnelles de destruction massive du fémur d'autre origine.

La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite de la prothèse modulaire de reconstruction fémorale SYSTEME METS est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée.

La pose du système modulaire METS de reconstruction fémorale ainsi que les séquences pré-, per-, et post-opératoires doivent relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire. La prise en charge des patients doit avoir lieu dans un centre spécialisé dans le traitement des tumeurs osseuses.

Les contre-indications sont les suivantes :

- infection ;
- couverture par les parties molles inadéquate ou incomplète ;
- patient non coopératif, réticent ou incapable de suivre les préconisations liées à sa pathologie ;
- sensibilité aux corps étrangers ;
- obésité ;
- troubles vasculaires, neuromusculaires ou dystrophie musculaire.

Dans le cadre d'une reconstruction de fémur distal, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'une prothèse de genou SMILES comprenant un composant épiphysaire genou (livré avec paliers, axe et circlip) et un composant tibial constitué d'une charnière rotatoire métal, d'une plaque d'augmentation tibiale, d'une diaphyse, d'une diaphyse d'extension, d'une bague revêtue HAP et d'une tige fémorale. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'une prothèse de genou SMILES comprenant un composant épiphysaire genou (livré avec paliers, axe et circlip) et un composant tibial constitué d'une charnière fixe et d'un composant monobloc diaphyse/tige non revêtu d'hydroxyapatite (HAP). La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction d'un fémur distal est assurée dans la limite de **1 461 519 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **80 953 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur proximal, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'un trochanter revêtu d'hydroxyapatite, d'une plaque et des vis de réinsertion trochantérienne, d'une diaphyse, d'une diaphyse d'extension, d'une bague ronde revêtue d'hydroxyapatite, d'une tige fémorale intramédullaire. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'un trochanter non revêtu d'hydroxyapatite, d'un composant monobloc diaphyse/tige non revêtu d'hydroxyapatite. La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction du fémur proximal est assurée dans la limite de **959 532 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **577 914 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.

Dans le cadre d'une reconstruction du fémur total, la prothèse modulaire METS peut être constituée d'un trochanter revêtu d'hydroxyapatite, d'une diaphyse, d'une plaque et des vis de réinsertion trochantérienne, d'un connecteur fémur total, d'une plaque d'augmentation tibiale, d'une prothèse de genou SMILES constituée d'un composant épiphysaire genou (livré avec axe, paliers et circlip) et d'un composant tibial constitué d'une charnière rotatoire métal. Dans le cas le plus simple, elle est constituée d'un trochanter non revêtu d'hydroxyapatite, d'une diaphyse, d'un connecteur fémur total, d'une prothèse de genou SMILES constituée d'un composant épiphysaire genou (livré avec axe, paliers et circlip) et d'un composant tibial constitué d'une charnière fixe. La prise en charge de la prothèse modulaire pour la reconstruction du fémur totale est assurée dans la limite de **1 680 251 F.CFP TTC** s'il comprend des éléments revêtus d'hydroxyapatite et dans la limite de **1 402 760 F.CFP TTC** s'il ne comprend pas d'éléments HAP.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société STANMORE IMPLANTS Worldwilde Limited (STANMORE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109335	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, trochanter non HAP. Trochanter non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Trochanter Gauche Small Non Revêtu (s.mstrc/LSmlU), Trochanter Gauche Standard Non Revêtu (s.mstrc/LStdU), Trochanter Droit Small Non Revêtu (s.mstrc/RSmIU), Trochanter Droit Standard Non Revêtu (s.mstrc/RStdU).	178 506	178 506

3150987	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, trochanter HAP. Trochanter revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Trochanter Gauche Small Revêtu HAP (s.mstrc/LSmLC), Trochanter Gauche Standard Revêtu HAP (s.mstrc/LStdC), Trochanter Droit Small Revêtu HAP (s.mstrc/RSmLC), Trochanter Droit Standard Revêtu HAP (s.mstrc/RStdC).	342 137	342 137
3157950	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, plaque réinsertion. Plaque de réinsertion trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Plaque réinsertion trochantérique (s.msfppte).	93 778	93 778
3168266	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, câble réinsertion. Câble de réinsertion trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Câble réinsertion trochantérique (s.mstrw).	12 645	12 645
3140368	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, vis plaque. Vis plaque trochantérique de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Vis plaque trochantérique 23 mm (s.msfcsw/Short), Vis plaque trochantérique 28 mm (s.msfcsw/Medium), Vis plaque trochantérique 35 mm (s.msfcsw/Long).	20 081	20 081
3184207	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant genou. Composant épiphysaire genou de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Composant épiphysaire genou Gauche Small (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/LSm), Composant épiphysaire genou Droit Small (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/RSm), Composant épiphysaire genou Gauche Standard (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/LStd), Composant épiphysaire genou Droit Standard (inclut axe, paliers et circlip) (s.mkfe/RStd). Le tarif inclut l'axe, les paliers et le circlip.	431 390	431 390
3120012	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière rotatoire métal. Tibia charnière rotatoire métal de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Tibia charnière rotatoire métal Small Queue longue (s.mkrhm/SmLg), Tibia charnière rotatoire métal Small Queue courte (s.mkrhm/SmSt), Tibia charnière rotatoire métal Standard Queue longue (s.mkrhm/StdLg), Tibia charnière rotatoire métal Standard Queue courte (s.mkrhm/StdSt). Le tarif inclut le tampon.	461 141	461 141
3165210	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière rotatoire PE. Tibia charnière rotatoire polyéthylène (PE) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Tibia charnière rotatoire polyéthylène Small (s.mkrhp/Sm), Tibia charnière rotatoire polyéthylène Standard (s.mkrhp/Std). Le tarif inclut le tampon.	342 137	342 137

3126486	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, charnière fixe.</p> <p>Tibia charnière fixe de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE.</p> <p>Références prises en charge : Tibia charnière fixe Small Queue longue (s.mkfh/SmLg), Tibia charnière fixe Small Queue courte (s.mkfh/SmSt), Tibia charnière fixe Standard Queue longue (s.mkfh/StdLg), Tibia charnière fixe Standard Queue courte (s.mkfh/StdSt).</p> <p>Le tarif inclut le tampon.</p>	297 510	297 510
3180698	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, plaque augmentation tibiale.</p> <p>Plaque d'augmentation tibiale de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE.</p> <p>Références prises en charge : Plaque d'augmentation tibiale Small 5 mm, (s.mktp/Sm5), Plaque d'augmentation tibiale Small 10 mm, (s.mktp/Sm10), Plaque d'augmentation tibiale Small 15 mm, (s.mktp/Sm15), Plaque d'augmentation tibiale Small 20 mm, (s.mktp/Sm20), Plaque d'augmentation tibiale Standard 5 mm, (s.mktp/Std5), Plaque d'augmentation tibiale Standard 10 mm, (s.mktp/Std10), Plaque d'augmentation tibiale Standard 15 mm, (s.mktp/Std15), Plaque d'augmentation tibiale Standard 20 mm, (s.mktp/Std20).</p>	63 222	63 222
3155950	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, diaphyse.</p> <p>Références prises en charge : Diaphyse 45 mm (s.msfsht/45), Diaphyse 60 mm (s.msfsht/60), Diaphyse 75 mm (s.msfsht/75), Diaphyse 90 mm (s.msfsht/90), Diaphyse 105 mm (s.msfsht/105), Diaphyse 120 mm (s.msfsht/120), Diaphyse 135 mm (s.msfsht/135), Diaphyse 150 mm (s.msfsht/150), Diaphyse d'extension 120 mm (s.msfsht/120).</p>	119 004	119 004
3140836	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, tige fémorale.</p> <p>Références prises en charge : Tige fémorale courbe 150 mm dia. 10¹ 8,5 mm, (s.msstm/10x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 11¹ 9,5 mm (s.msstm/11x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 12¹ 10,5 mm, (s.msstm/12x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 13¹ 11,5 mm, (s.msstm/13x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 14¹ 12,5 mm, (s.msstm/14x150), Tige fémorale courbe 150 mm dia. 15¹ 13,5 mm, (s.msstm/15x150), Tige fémorale droite 100 mm dia. 14¹ 13,2 mm, (s.msstm/14x100), Tige fémorale droite 100 mm dia. 15¹ 14,2 mm, (s.msstm/15x100).</p>	89 253	89 253
3132989	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant monobloc non HAP.</p> <p>Composant monobloc non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE.</p> <p>Références prises en charge : Composant monobloc 15*27 non revêtu (s.msiss/15x27), Composant monobloc 15*30 non revêtu (s.msiss/15x30), Composant monobloc 30*27 non revêtu (s.msiss/30x27), Composant monobloc 30*30 non revêtu (s.msiss/30x30).</p>	178 506	178 506
3108643	<p>Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant monobloc HAP.</p> <p>Composant monobloc revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE.</p> <p>La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée.</p> <p>Références prises en charge : Composant monobloc 15*27 revêtu HAP (s.msiss/15x27C), Composant monobloc 15*30 revêtu HAP (s.msiss/15x30C), Composant monobloc 30*27 revêtu HAP (s.msiss/30x27C), Composant monobloc 30*30 revêtu HAP (s.msiss/30x30C).</p>	275 197	275 197

3196883	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant oval non HAP. Composant oval non revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Composant monobloc oval 15*30*38 non revêtu (s.msiss/O15x30x38), Composant monobloc oval 30*30*38 non revêtu (s.msiss/O30x30x38), Composant monobloc oval 15*36*44 non revêtu (s.msiss/O15x36x44), Composant monobloc oval 30*36*44 non revêtu (s.msiss/O30x36x44).	208 257	208 257
3149576	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, composant oval HAP. Composant monobloc oval revêtu d'hydroxyapatite (HAP) de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Composant monobloc oval 15*30*38 revêtu HAP (s.msiss/O15x30x38C), Composant monobloc oval 30*30*38 revêtu HAP (s.msiss/O30x30x38C), Composant monobloc oval 15*36*44 revêtu HAP (s.msiss/O15x36x44C), Composant monobloc oval 30*36*44 revêtu HAP (s.msiss/O30x36x44C).	297 510	297 510
3152265	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, connecteur fémur. Connecteur fémur total de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Connecteur fémur total 165 mm (s.mstfl/165), Connecteur fémur total 225 mm (s.mstfl/225)	136 855	136 855
3181485	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ronde non HAP. Bague ronde non revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Bague ronde dia.27 mm non revêtue (s.mscol/R. 27S), Bague ronde dia.30 mm non revêtue (s.mscol/R. 30S), Bague ronde dia.33 mm non revêtue (s.mscol/R. 33S), Bague ronde dia.36 mm non revêtue (s.mscol/R. 36S).	59 502	59 502
3161643	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ronde HAP. Bague ronde revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Bague ronde dia.27 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 27C), Bague ronde dia.30 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 30C), Bague ronde dia.33 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 33C), Bague ronde dia.36 mm revêtue HAP (s.mscol/R. 36C).	163 631	163 631
3183099	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ovale non HAP. Bague ovale non revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Bague ovale dia.27*30 mm non revêtue (s.mscol/O27x30S), Bague ovale dia.30*33 mm non revêtue (s.mscol/O30x33S), Bague ovale dia.33*36 mm non revêtue (s.mscol/O33x36S), Bague ovale dia.36*39 mm non revêtue (s.mscol/O36x39S),	66 940	66 940

3196802	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, bague ovale HAP. Bague ovale revêtue d'hydroxyapatite de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. La prise en charge des éléments revêtus d'hydroxyapatite est assurée pour des patients atteints de tumeurs osseuses fémorales primitives localisées ou présentant des situations exceptionnelles de destruction fémorale massive et ayant, dans ces deux indications, une espérance de vie élevée. Références prises en charge : Bague ovale dia.27*30 mm revêtue HAP (s.mscol/O27x30C), Bague ovale dia.30*33 mm revêtue HAP (s.mscol/O30x33C), Bague ovale dia.33*36 mm revêtue HAP (s.mscol/O33x36C), Bague ovale dia.36*39 mm revêtue HAP (s.mscol/O36x39C).	178 506	178 506
3101173	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement axe. Axe pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Axe SMILES Small (SMAX01), Axe SMILES Standard (SMAX02).	55 052	55 052
3114052	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement tampon. Tampon pour charnière de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Tampon SMILES Small (SMBPR. 01), Tampon SMILES Standard (SMBPR. 02).	36 446	36 446
3158078	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement paliers. Paliers pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Références prises en charge : Paliers SMILES Small (SMBSH01), Paliers SMILES Standard (SMBSH02).	39 421	39 421
3104993	Reconstruction fémorale, modulaire, STANMORE, METS, remplacement circlip. Circlip pour composant épiphysaire de la prothèse de reconstruction fémorale modulaire METS de la société STANMORE. Référence prise en charge : Circlip (SMCIC01).	7 140	7 140

Section 6. - Implants otorhinolaryngologiques

Implants de l'oreille

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3135746 301F01.1	Implant ORL, oreille, reconstruction totale ou partielle, en téflon. Implant de reconstruction totale ou partielle de la chaîne ossiculaire, en téflon.	4 943	4 943
3182591 301F01.2	Implant ORL, oreille, reconstruction totale, autre que téflon. Implant de reconstruction totale de la chaîne ossiculaire, constitué d'un seul matériau autre que le téflon.	35 683	35 683

3127994 301F01.3	Implant ORL, oreille, reconstruction totale, plus d'un matériau. Implant de reconstruction totale de la chaîne ossiculaire, constitué de plus d'un matériau.	39 336	39 336
3174380 301F01.4	Implant ORL, oreille, reconstruction partielle, d'un matériau autre que le téflon. Implant de reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire, constitué d'un seul matériau autre que le téflon.	34 177	34 177
3145242 301F01.5	Implant ORL, oreille, reconstruction partielle, plus d'un matériau. Implant de reconstruction partielle de la chaîne ossiculaire, constitué de plus d'un matériau.	37 079	37 079
3171311 301F01.6	Implant ORL, oreille, piston pour ankylose de l'étrier, d'un matériau. Il est constitué d'un seul matériau.	4 085	4 085
3103077 301F01.7	Implant ORL, oreille, piston pour ankylose de l'étrier, plus d'un matériau. Il est constitué de plus d'un matériau.	10 210	10 210
3123364 301F01.8	Implant ORL, oreille, attache pour connecter le piston au muscle de l'étrier.	11 393	11 393
3138650 301F01.9	Implant ORL, oreille, sabot pour fixation de la platine de l'étrier.	12 144	12 144
3197687 301F01.10	Implant ORL, oreille, protection contre adhérences, chaîne ossiculaire et tympan. Implant (type membrane ou éponge) de protection contre les adhérences s'interposant entre la chaîne ossiculaire et le tympan ou entre la chaîne ossiculaire et l'oreille interne.	4 729	4 729
3171587 301F01.11	Implant ORL, oreille, reconstruction du conduit auditif.	51 373	51 373

Implants trachéaux

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3134511 301F02.1	Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, non amovible	29 019	29 019
3146282 301F02.2	Implant ORL, trachée, phonatoire, pour fistule trachéo-oesophagienne, amovible.	12 897	12 897
3150332 301F02.3	Implant ORL, tuteur pour sténose trachéale.	30 308	30 308

Section 7. - Prothèses auditives ostéo-intégrées

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

La prise en charge de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA est assurée pour :

- les surdités de transmission ou surdités mixtes pour lesquelles la chirurgie d'oreille moyenne ne peut être réalisée et l'appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse est inefficace ou impossible (implantation unilatérale) ;
- les surdités sensorielles unilatérales sévères.

BAHA doit être prescrite et implantée par une équipe pluridisciplinaire (dans le cadre d'un réseau de soins) ayant

- un ORL ;
- un audioprothésiste.

Cette équipe doit assurer l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient à savoir :

- le bilan clinique et audiométrique pré-implantation ;
- l'essai préalable standardisé, lorsqu'il est possible avec prothèse en conduction aérienne et osseuse : l'essai doit permettre d'évaluer le bénéfice des différentes solutions prothétiques en situation de vie courante pendant trois semaines environ. A l'issue de cet essai, une évaluation du bénéfice objectif et subjectif doit être réalisée : audiométrie tonale et vocale dans le silence et dans le bruit (évaluation du gain et de la compréhension), questionnaire de qualité de vie, stéréoaudiométrie dans certaines situations ;
- la mise en place chirurgicale ;
- le réglage et le suivi des patients (aussi bien pour l'implant que pour le processeur).

La prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA est composée d'un implant (ou fixture), d'un pilier et d'un processeur. Un bandeau ou serre-tête est nécessaire dans le cas où le patient ne peut être opéré (enfant trop jeune...).

Dans certaines indications, une chirurgie en deux temps est recommandée. Elle consiste à mettre en place l'implant pendant un premier temps chirurgical, puis un pilier lors d'un second, après ostéo-intégration de l'implant.

La maintenance (pièces et main-d'œuvre) ainsi que la réparation du processeur doivent être assurées pendant la période de garantie.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3109246	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) Implant (fixture) pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90430 : implant (fixture) autotaraudant 3 mm, 90432 : implant (fixture) autotaraudant 4 mm.	60 395	60 395

3173706	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) BI300 TiOblast. Implant (fixture) revêtu de TiOblast pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92128 : implant (fixture) 3 mm, 92129 : implant (fixture) 4 mm.	60 395	60 395
3142114	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier. Implant (fixture) avec pilier prémonté pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90480 : implant (fixture) autotaraudant 3 mm avec pilier BAHA prémonté, 90434 : implant (fixture) auto taraudant 4 mm avec pilier BAHA prémonté.	129 417	129 417
3154689	Prothèse ostéo-intégrée COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier BIA300 TiOblast. Implant (fixture) revêtu de TiOblast avec pilier pré-monté pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92126 : implant (fixture) 3 mm avec pilier 6 mm BAHA prémonté ; 92127 : implant (fixture) 4 mm avec pilier 6 mm BAHA prémonté, 92346 : implant (fixture) 4 mm avec pilier 9 mm BAHA prémonté.	129 417	129 417
3193749	Proth. ostéo-intég., COCHLEAR, BAHA, implant (fixture) avec pilier, BIA400. Implant (fixture) de 4 mm revêtu de TiOblast avec pilier prémonté revêtu d'hydroxyapatite pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 93329 : implant avec pilier 6 mm ; 93330 : implant (fixture) avec pilier 8 mm ; 93331 : implant (fixture) avec pilier 10 mm ; 93332 : implant (fixture) avec pilier 12 mm.	129 417	129 417
3135404	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) du code 3109246. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 90305 : pilier standard 5,5 mm, 90410 : pilier standard 8,5 mm.	69 022	69 022
3128189	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA400. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Pilier concave avec revêtement de surface en hydroxyapatite. Le pilier BA400 est compatible avec l'ensemble des processeurs BAHA inscrits sur la LPPR : processeurs INTENSO, DIVINO, CORDELLE II, BP100 et BP110 Power. Ce pilier est compatible avec l'implant BI300. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 93333 : pilier 6 mm ; 93334 : pilier 8 mm ; 93335 : pilier 10 mm ; 93336 : pilier 12 mm.	69 022	69 022
3133517	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA210. Pilier concave pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) du code 3109246. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92132 : pilier 5,5 mm, 92133 : pilier 8,5 mm.	69 022	69 022

3157908	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA300 6 mm. Pilier concave 6 mm pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) des codes 3173706 ou 3154689. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 92130 : pilier 6 mm.	69 022	69 022
3148683	Prothèse ostéo-intégrée, COCHLEAR, BAHA, pilier concave BA300 9 mm. Pilier concave 9 mm de deuxième intention pour prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA, de la société Cochlear France SAS. Le pilier 9 mm est quasi exclusivement mis en place en deuxième intention, en cas de croissance tissulaire entraînant un recouvrement du pilier. Ce pilier n'est compatible qu'avec les implants (fixtures) des codes 3173706 ou 3154689. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : 92131 : pilier 9 mm	69 022	69 022

Société PRODITION France (PRODITION)

La prise en charge de la prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO est assurée pour :

- les surdités de transmission ou surdités mixtes pour lesquelles la chirurgie d'oreille moyenne ne peut être réalisée et l'appareillage traditionnel par voie aérienne ou osseuse est inefficace ou impossible (implantation unilatérale) ;
- les surdités neurosensorielles unilatérales sévères.

PONTO doit être prescrite et implantée par une équipe pluridisciplinaire (dans le cadre d'un réseau de soins) ayant bénéficié d'une formation spécifique pour son implantation et comprenant notamment :

- un ORL ;
- un audioprothésiste.

Cette équipe doit assurer l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient à savoir :

- le bilan clinique et audiométrique pré-implantation ;
- l'essai préalable standardisé, lorsqu'il est possible avec prothèse en conduction aérienne et osseuse : l'essai doit permettre d'évaluer le bénéfice des différentes solutions prothétiques en situation de vie courante pendant trois semaines environ. A l'issue de cet essai, une évaluation du bénéfice objectif et subjectif doit être réalisée : audiométrie tonale et vocale dans le silence et dans le bruit (évaluation du gain et de la compréhension), questionnaire de qualité de vie, stéréo-audiométrie dans certaines situations ;
- la mise en place chirurgicale ;
- le réglage et le suivi des patients (aussi bien pour l'implant que pour le processeur).

La prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO est composée d'un implant (ou fixture), d'un pilier et d'un processeur. Un bandeau ou serre-tête est nécessaire dans le cas où le patient ne peut être opéré (enfant trop jeune...).

Dans certaines indications, une chirurgie en deux temps est recommandée. Elle consiste à mettre en place l'implant pendant un premier temps chirurgical, puis un pilier lors d'un second, après ostéo-intégration de l'implant.

La maintenance (pièces et main-d'œuvre) ainsi que la réparation du processeur doivent être assurée pendant la période de garantie.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3146856	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm avec pilier. Implant avec pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M50358 : implant, 4 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; M50784 : implant, 3 mm, avec pilier 6 mm prémonté ; M50785 : implant, 4 mm, avec pilier 9 mm prémonté.	129 417	129 417
3154956	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm avec pilier. Références: – M51140: implant, 3 mm, avec pilier 6 mm prémonté; – M51136: implant, 4 mm, avec pilier 6 mm prémonté; – M51141: implant, 3 mm, avec pilier 9 mm prémonté; – M51137: implant, 4 mm, avec pilier 9 mm prémonté; – M51138: implant, 4 mm, avec pilier 12 mm prémonté.	129 417	129 417
3147755	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant 3,75 mm Implant pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : M50220 : implant, 4 mm ; M50319 : implant, 3 mm.	60 395	60 395
3115703	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, implant large 4,5 mm. Références: – M51142: implant large, 3 mm; – M51139: implant large, 4 mm.	60 395	60 395
3105857	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 6 mm. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier standard de 6 mm : il peut être prémonté sur l'implant (3 ou 4 mm) pour une chirurgie en un temps ou délivré seul pour une utilisation lors de la deuxième intervention d'une procédure chirurgicale en deux temps ou lors d'un changement de pilier. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50349 : pilier, 6 mm,	69 022	69 022

3195323	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 9 mm. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier de 9 mm : utilisé lorsque l'épaisseur de la peau du patient, même réduite chirurgicalement, ne permet pas l'adaptation du processeur vocal externe. Ce pilier est délivré seul ou prémonté sur un implant (uniquement de 4 mm). La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50318 : pilier, 9 mm.	69 022	69 022
3116944	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier 12 mm. Références: – M51149.	69 022	69 022
3196222	Prothèse ostéo-intégrée, PRODITION, PONTO, pilier angulaire 10°. Pilier pour prothèse auditive ostéo-intégrée PONTO, de la société Prodition France. Pilier angulaire de 10° : délivré seul, cet élément est utilisé lorsque l'aide auditive externe rentre en contact avec la peau (ce qui peut engendrer un effet Larsen), pour éviter une reprise chirurgicale du lambeau cutané sur une peau saine. Ce pilier peut être mis en place secondairement si besoin. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : M50362 : pilier angulaire 10°.	69 022	69 022

Section 8. - Implants urogénitaux

Implant sphinctérien péri-urétral

Société AMERICAN MEDICAL SYSTEMS (AMS)

La prise en charge de l'implant sphinctérien périurétral est assurée pour les patients atteints d'incontinence urinaire sévère par insuffisance sphinctérienne :

- persistant plus de neuf mois après une prostatectomie ou une chirurgie de l'hypertrophie bénigne de prostate et après échec de la rééducation sphinctérienne ;
- chez la femme :
 - .soit isolée ;
 - .soit associée à une hypermobilité urétrale, non corrigée par les manœuvres cliniques de soutènement ni par une chirurgie de soutènement ;
- neurologique (spina-bifida, lésion médullaire traumatique ou dégénérative) ;
- par malformation congénitale.

Une formation spécifique à la technique est nécessaire aussi bien pour le chirurgien que pour le médecin rééducateur.

L'implantation d'AMS 800 est réservée à un urologue :

- justifiant d'un apprentissage de la technique ;
- expérimenté dans la prise en charge des troubles mictionnels ;
- en mesure de proposer la rééducation auprès d'un médecin rééducateur formé à la technique, ainsi que le suivi postimplantation du patient.

Chez l'enfant, l'implantation peut être envisagée à partir de sept ans ; avant la puberté, en première intention, la manchette doit être placée au niveau du col vésical. La famille doit être prévenue du nombre non négligeable de reprises chirurgicales dues à la tolérance du produit et de son usure possible au fil du temps.

Code	Nomenclature	SOCIÉTÉS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3121402	Urogénital, implant sphinctérien, périurétral, AMS, AMS 800. Implant sphinctérien périurétral hydraulique, AMS 800, système complet composé d'une manchette occlusive, d'un ballon régulateur de pression, d'une pompe de contrôle et d'un kit de connexion. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de première pose.	AMS France	773 526	773 526
3153276	Urogénital, AMS, kit de connexion, AMS 800. La prise en charge de ce code n'est assurée qu'en cas de reprise.	AMS France	32 078	32 078
3162298	Urogénital, AMS, ballon de régulation de pression, AMS 800. La prise en charge est assurée pour les plages de pression suivantes : 51 à 60 cm H2O, 61 à 70 cm H2O et 71 à 80 cm H2O. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	AMS France	146 302	146 302
3123387	Urogénital, AMS, pompe de contrôle, AMS 800. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	AMS France	476 383	476 383
3128723	Urogénital, AMS, manchette occlusive, AMS 800. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - pour les hommes : 3,5 cm, 4 cm, 4,5 cm, 5 cm, 5,5 cm et, sur demande, 6 cm ; - pour les femmes et les enfants : 3,5 cm, 4 cm, 4,5 cm, 5 cm, 5,5 cm, 6 cm, 6,5 cm, 7 cm, 7,5 cm, 8 cm, 9 cm, 10 cm et, sur demande, 11 cm. La prise en charge de ce code est assurée uniquement en cas de reprise.	AMS France	118 764	118 764

Implants pour le traitement du reflux vésico-rénal

Laboratoires Coloplast

Indications :

La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie et le traitement du reflux vésico-rénal chez l'adulte.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté lors de l'utilisation chez l'enfant.

Code	Nomenclature	Tarif en	PLV en
------	--------------	----------	--------

		F.CFP	F.CFP TTC
3116476 301H06.1	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 1500. Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 1500 (seringue de 1,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume _ 2 cm3.	61 692	61 692
3148826 301H06.2	Urogénital, macroplastique, COLOPLAST, volume _ 2 cm3, réf. NP 2500. Implant urétéral de polydiméthylsiloxane macroplastique. Modèle et référence : NP 2500 (seringue de 2,5 ml). Pour un conditionnement d'un volume supérieur ou égal à 2 cm3.	97 373	97 373

Société OCEANA THERAPEUTICS Ltd (OCEANA)

Indications :

La prise en charge est assurée pour le traitement du reflux vésico-rénal chez l'enfant, avec pyélonéphrite récidivante sous antibioprophylaxie.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'injection doit être réalisée par un urologue doté de matériel endoscopique pédiatrique adapté.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3138390	Implant urétéral de copolymère, OCEANA, DEFLUX, seringue de 1 ml.	53 552	53 552

Implant testiculaire

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	-----------------------	-----------------------------

Implants péniers

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
	la prise en charge n'est assurée que pour pallier un état pathologique avéré et après insuccès de tout autre traitement.		

3174580 301H05.1	Urogénital, implant pénien expansible par un mécanisme hydraulique.	411 098	411 098
3153299 301H05.2	Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne rigidifiable.	68 140	68 140
3163599 301H05.3	Urogénital, implant pénien semi rigide, intégrant une structure interne en silicone.	166 761	166 761

Société AMS France SAS (AMS)

La prise en charge des implants péniers de la gamme AMS InhibiZone est assurée pour le traitement du dysfonctionnement érectile organique et chronique chez l'homme, pour pallier un état pathologique avéré et après insuccès de tout autre traitement.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3198221	<p>Urogénital, implant pénien + antibiotique, AMS, AMS 700 InhibiZone.</p> <p>Description : Implant pénien gonflable avec traitement antibiotique de surface à base de rifampicine et minocycline constitué de 3 éléments reliés par des tubulures : - pompe et valve ; - réservoir rempli de sérum physiologique ; - paire de cylindres.</p> <p>Références prises en charge : CX, CXR et LGX. Dans les gammes CX, CXR et LGX, est ajouté le réservoir compact 100 ml AMS Conceal, à revêtement Parylène, avec InhibiZone, référence 720185-01.</p>	411 098	411 098

Implant pour stérilisation tubaire

Société BAYER HealthCare SAS (BAYER)

Indications :

La prise en charge du dispositif ESSURE est assurée pour les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'indication globale de stérilisation (ligature tubaire ou ESSURE) doit être posée après discussion entre la patiente et son chirurgien. Le choix de la technique doit prendre en compte l'âge de la femme, la parité, l'âge du dernier enfant, le nombre d'IVG le cas échéant, la contre-indication aux méthodes de contraception, la stabilité du couple et le moment de la demande (la période post-partum ou post-IVG n'est pas le meilleur moment).

ESSURE est destiné à la femme n'ayant plus de désir de maternité, ayant reçu un dossier d'information écrit et ayant observé un délai de réflexion de 4 mois, ayant

donné un consentement écrit et éclairé, et utilisant une contraception efficace pendant 3 mois après la pose.

ESSURE doit être posé par un gynécologue obstétricien. Il doit avoir une bonne maîtrise de la pratique de l'hystéroscopie opératoire et de la pose de l'implant, justifiant d'un apprentissage auprès d'un praticien expérimenté (> 5 femmes) et d'une réalisation d'au moins 5 procédures par an.

La pose doit avoir lieu dans des conditions d'asepsie de bloc opératoire, dans un établissement de santé avec proximité d'un environnement chirurgical.

Précautions d'emploi :

- ne poser ESSURE qu'en cas de bonne visualisation des ostia lors de la procédure ;
- s'assurer de l'absence de toute infection gynécologique, notamment toute cervicite aiguë non traitée ;
- s'assurer de la bonne perméabilité tubaire devant un antécédent de salpingite ou d'une infertilité d'origine tubaire ;
- poser ESSURE pendant la première moitié du cycle après vérification d'une absence de grossesse par un test de grossesse ;
- éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes ;
- contrôler par un abdomen sans préparation, au bout de 3 mois et avant l'arrêt de la contraception, le bon positionnement d'ESSURE (un abdomen sans préparation peut être réalisé après la pose d'ESSURE en cas de difficulté au moment de la pose) ;
- par mesure de précaution, ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au nickel.

Contre-indications :

- ne pas poser ESSURE suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines ;
- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;
- grossesse avérée ou suspectée ;
- cervicites aiguës en cours ;
- saignements anormaux non explorés.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3159669	Implant pour stérilisation tubaire, BAYER, ESSURE, boîte de 2 implants. Référence prise en charge : ESS305 contenant 2 kits à usage unique, stériles (poignée de fonctionnement, un cathéter porteur et l'implant à l'extrémité) et 2 introducteurs avec valve anti-retour.	98 700	98 700

Section 9. - Implants pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques (digestif, cardiaque, pleuropulmonaire, orthopédique, gynécologique, urologique, notamment)

Implants pour plastie endocanalaire dit « stent » quel qu'en soit le type

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	------------------

	La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité au maximum, par voie excrétrice ou par conduit (oesophage, bronches, voies biliaires, pancréatiques ou urinaires).		
3184093 301J02.1	Implant pour plastie endocanalaire, expansible, métallique. Système de pose compris. La prise en charge est assurée pour le traitement des affections digestives, urinaires ou bronchiques.	123 814	123 814
3118943 301J02.2	Implant pour plastie endocanalaire, expansible, autre que métallique. Implant expansible par ses propriétés élastiques, et déployable lors de la pose. Système de pose compris. La prise en charge est assurée pour le traitement des affections bronchiques.	49 009	49 009
3102385 301J02.3	Implant pour plastie endocanalaire, non expansible, non élastique, non déployable. (système de pose compris). La prise en charge est assurée pour le traitement des affections digestives ou urinaires.	14 703	14 703

Implants de suture et de ligature internes, mécaniques, résorbables ou non, pour la chirurgie conventionnelle ou l'endochirurgie

Le tarif comprend les agrafes ou les clips, le chargeur et le système de pose, le premier chargeur étant inclus.

Agrafage pour fixation d'implants (à l'exception des aponévroses)

Agrafage pour suture et anastomose linéaires

Agrafage pour suture circulaire

Ligature interne ou clips des vaisseaux ou des conduits excréteurs

Section 10. - Implants mammaires

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3193057 301T	Implant mammaire. La prise en charge est accordée uniquement dans les reconstructions mammaires à l'exception des interventions à visée exclusivement esthétique. Seuls sont pris en charge les implants comportant une enveloppe texturée répondant aux conditions de mise sur le marché prévues par la réglementation en vigueur.	46 430	46 430

Section 11. - Produit pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes

Société Sinclair Pharma France

La prise en charge est assurée pour la correction des lipoatrophies faciales chez les patients présentant une infection par le VIH sous traitement antirétroviral dans les conditions suivantes :

La prescription et l'utilisation de l'acide L-poly lactique devront être faites par des médecins ayant l'expérience du comblement des dépressions cutanées faciales et de l'utilisation de l'acide L-poly lactique dans cette indication ; c'est-à-dire par des :

- dermatologues ;
- chirurgiens plasticiens ;
- ou des médecins prenant en charge les patients atteints de l'infection par le VIH et formés pour l'injection de l'acide poly lactique. Cette formation, réalisée par compagnonnage auprès d'un médecin expérimenté, intègre les rappels d'anatomie du visage, la gestion du produit et des déchets, les techniques d'injection et la gestion des événements indésirables.

Les injections seront réalisées à intervalles d'un mois, dans la limite de cinq injections par cure.

Le renouvellement des injections sera autorisé dans un délai de douze à dix-huit mois après la dernière injection.

Une évaluation objective (à l'appui de photographies avant et après traitement) et subjective doit être réalisée deux mois après les 5 premières injections et en l'absence de bénéfice après ces 5 injections, le traitement doit être interrompu.

La gestion des déchets devra être sécurisée.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3180630	Produit de comblement, New-Fill, Sinclair Pharma France. Produit de comblement biodégradable, acide L-poly lactique, pour le comblement des lipoatrophies faciales iatrogènes, New-Fill, de la société Sanofi Aventis France, les 2 flacons en verre contenant chacun 367,5 mg de lyophilisat.	41 595	
---------	---	--------	--

Chapitre II. - Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables issus de dérivés, de tissus d'origine animale non viables ou en comportant répondant aux "Conditions générales" du présent titre et aux critères suivants :

1°- Ils doivent être inscrits spécifiquement dans la nomenclature de la liste des produits et prestations remboursables.

2°- Ils doivent être inscrits sur la liste des dispositifs à potentiel élevé de risque publiée sur le site internet de l'ANSM. En l'absence d'inscription sur la liste susmentionnée, ils doivent avoir fait l'objet d'une validation de l'ANSM, sur demande de la Haute Autorité de santé.

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Section 1. - Implants cardio-vasculaires

Sous-section 1 : Bioprothèses valvulaires

Paragraphe 1 : Bioprothèses valvulaires

Paragraphe 2 : Bioprothèses valvulaires par voie transcutanée

Société EDWARDS lifesciences SAS (EDWARDS)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3205292	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée aortique, EDWARDS + SAPIEN XT + ASCENDRA est une valve pulmonaire d'origine bovine implantée par voie veineuse transcutanée avec le système d'implantation ENSEMBLE.</p> <p>1. Références prises en charges :</p> <p>1.1. Système de 23 mm 9350AS223 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (ASCENDRA2) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX (23 mm) ; - système de mise en place Ascendra 2 9350AS223 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 2/Ascendra 9320IS24 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 (25 ml). <p>1.2. Système de 26 mm 9350AS226 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (ASCENDRA2) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX (26 mm) ; - système de mise en place Ascendra 2 9350AS26 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 2/Ascendra 9320IS24 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage atrion QL2530 96402 (25 ml). <p>1.3. Système de 29 mm 9350AS129 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (ASCENDRA) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra 9100IS ; - cathéter à ballonnet Ascendra 9350BCL29 ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BVC (20 mm) ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 (25 ml) ; - dispositif de gonflage Atrion QL4015 96313 (40 ml). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>2.1. Composition du plateau technique</p> <p>Les prérequis indispensables à l'implantation de valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée ont été définis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le centre médico-chirurgical doit regrouper sur le même site et dans le même bâtiment les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle congénitale et de chirurgie cardiaque congénitale dans le cas où une conversion en urgence est nécessaire ; - l'acte doit être réalisé dans une salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie avec une salle de réveil à proximité ; - la nécessité d'une définition optimale d'images radiographiques pour la réalisation des procédures de cathétérisme et de contrôle radiologique ; - la possibilité de réaliser dans le centre une circulation extra-corporelle. <p>D'autre part, l'accès à un capteur biplan est recommandé.</p>	2 751 968	2 751 968
---------	---	-----------	-----------

<p>2.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>Pendant l'intervention, en salle de cathétérisme doivent être présents deux médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par la réglementation en vigueur et ayant l'expérience des cardiopathies congénitales ainsi qu'un anesthésiste réanimateur habitué à la chirurgie à cœur ouvert et à la prise en charge des patients ayant des cardiopathies congénitales. Dans le centre, doit également être présent un chirurgien cardiaque ayant l'expérience du traitement des cardiopathies congénitales.</p> <p>2.3. Formation et expérience requises</p> <p>Pour prétendre à l'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée, les praticiens doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir une formation de cathétérisme cardiaque interventionnel congénital ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage. <p>2.4. Modalités de suivi du patient</p> <p>Les patients doivent être suivis à leur sortie de l'établissement et à un mois, six mois et un an après l'implantation puis une fois par an. A chaque visite, un examen clinique devra être effectué ainsi qu'une échocardiographie doppler transthoracique, une fluoroscopie et un électrocardiogramme. Une IRM sera effectuée à un an puis une fois par an.</p> <p>2.5. Traitement antiagrégant plaquettaire</p> <p>Acide acétylsalicylique maintenu à dose antiagrégante pendant au moins six mois.</p> <p>2.6. Attribution systématique d'une carte d'identification au patient</p> <p>Une carte d'identification doit obligatoirement être remise au patient. Cette carte doit préciser la marque de la valve posée, l'origine biologique du matériau implanté, le numéro de série, la date d'implantation et le nom du patient.</p> <p>L'étiquette commerciale du produit devra également être apposée sur la carte d'identification.</p>		
---	--	--

3241796	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS, SAPIEN XT+ ASCENDRA+ EDWARDS SAPIEN XT est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie apicale transcutanée avec système d'implantation ASCENDRA+.</p> <p>1. Indication</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique ? 20 % ou STS ? 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée.</p> <p>Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication).</p> <p>2. Références prises en charge</p> <p>2.1. Système de 23 mm 9355AS323 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Ascendra+ 9355AS23 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS23 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verrouillable Atrion QL38 96406. <p>2.2. Système de 26 mm 9355AS326 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Ascendra+ 9355AS26 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS26 (24 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verrouillable Atrion QL38 96406. <p>2.3. Système de 29 mm 9355AS329 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (ASCENDRA+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Ascendra+ 9355AS29 ; - ensemble de la gaine d'introduction Ascendra+ 9350IS29 (26 F) ; - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique Ascendra 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL2530 96402 ; - dispositif de seringue à embout verrouillable Atrion QL38 96406. 	2 751 968	2 751 968
---------	--	-----------	-----------

<p>3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>3.1. Composition du plateau technique</p> <p>Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.</p> <p>La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).</p> <p>Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.</p> <p>En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.</p> <p>En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p> <p>3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur.</p> <p>L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.</p> <p>La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord.</p> <p>Seule est prise en charge la voie d'abord transapicale décrite ci-dessous.</p> <p>Voie transapicale :</p> <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel.</p> <p>3.3. Bilan préopératoire</p> <p>Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taille de l'anneau et sa géométrie ; - nombre de cuspidés aortiques et leur symétrie ; - géométrie sous-aortique ; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - anatomie coronaire ; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. <p>Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.</p> <p>Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.</p>		
---	--	--

	<p>3.4. Formation et expérience requises</p> <p>Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. <p>3.5. Volume d'activité</p> <p>Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.</p> <p>3.6. Modalités de suivi du patient</p> <p>Les patients doivent être suivis à un mois, six mois, un an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à un mois et un an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.</p>		
--	--	--	--

3239144	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS, SAPIEN XT + NOVAFLEX + EDWARDS SAPIEN XT est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec système d'implantation NOVAFLEX +.</p> <p>1. Indication.</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.</p> <p>Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée.</p> <p>Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication).</p> <p>2. Références prises en charge.</p> <p>2.1. Système de 23 mm 9355NF23 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 23 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS23 - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 916ES23 ; - kit de dilateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC20 ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 2530 96402. <p>2.2. Système de 26 mm 9355NF26 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 26 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS26 - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 918ES26 ; - kit de dilateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC23 ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 2530 96402. <p>2.3. Système de 29 mm regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9300TFX de 29 mm et les ancillaires (Novaflex+) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de mise en place Novaflex+ (qui comprend l'accessoire de sertissage Qualcrimp, 9300QC et butée de sertissage en 2 pièces) 9355 FS29 ; - ensemble de la gaine d'introduction extensible Edwards 920ES29 ; - kit de dilateurs Retroflex 9100DKS ; - cathéter à ballonnet transfémoral Edwards 9350BC25 ; - sertisseur 9350CR ; - dispositif de gonflage Atrion QL 38 96406. 	2 751 968	2 751 968
---------	--	-----------	-----------

	<p>3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge.</p> <p>3.1. Composition du plateau technique.</p> <p>Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.</p> <p>La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).</p> <p>Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.</p> <p>En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.</p> <p>En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p> <p>3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.</p> <p>La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord.</p> <p>Seule est prise en charge la voie d'abord transfémorale décrite ci-dessous.</p> <p>Voie transfémorale :</p> <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.</p> <p>3.3. Bilan préopératoire.</p> <p>Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taille de l'anneau et sa géométrie ; - Nombre de cuspidés aortiques et leur symétrie ; - Géométrie sous-aortique ; - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ; - Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ; - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ; - Anatomie coronaire ; - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. <p>Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique. Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post- procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.</p>		
--	---	--	--

	<p>3.4. Formation et expérience requises.</p> <p>Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit :</p> <p>Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées ; - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ; - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ; - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. <p>3.5. Volume d'activité.</p> <p>Au minimum, réalisation de 2 actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.</p> <p>3.6. Modalités de suivi du patient.</p> <p>Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.</p>		
--	--	--	--

3239865	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + CERTITUDE.</p> <p>EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie transapicale avec cathéter de pose CERTITUDE.</p> <p>1- Indication :</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique $\geq 20\%$ ou STS $\geq 10\%$) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication).</p> <p>2. Références prises en charge :</p> <p>2.1. Système de 23 mm S3FTA123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA23; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). <p>2.2. Système de 26 mm S3FTA126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA26; - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS18 (18Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96402 (2 unités). <p>2.3. Système de 29 mm S3FTA129 regroupant: la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (CERTITUDE) dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm); - système de mise en place CERTITUDE 9620TA29 - ensemble de la gaine d'introduction Edwards CERTITUDE 9620IS21 (21Fr); - cathéter à ballonnet pour valvuloplastie aortique 9100BAVC (20 mm); - sertisseur 9600CR; - dispositif de gonflage 96406 (2 unités). 	2 751 968	2 751 968
---------	--	-----------	-----------

	<p>3. Conditions de prescription ety d'utilisation pour la prise en charge :</p> <p>3.1. Composition du plateau technique :</p> <p>Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.</p> <p>La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).</p> <p>Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.</p> <p>En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.</p> <p>En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p> <p>3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.</p> <p>La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord.</p> <p>Seule est prise en charge la voie d'abord transapicale décrite ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie transapicale. <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel.</p> <p>3.3. Bilan préopératoire :</p> <p>Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taille de l'anneau et sa géométrie; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; - géométrie sous-aortique; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva); - aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible); - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; - anatomie coronaire; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. <p>Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.</p>		
--	---	--	--

	<p>Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.</p> <p>3.4. Formation et expérience requises :</p> <p>Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. <p>3.5. Volume d'activité : Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.</p> <p>3.6. Modalités de suivi du patient:</p> <p>Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre planteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.</p>		
3299070	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, EDWARDS SAPIEN 3 + COMMANDER.</p> <p>EDWARDS SAPIEN 3 est une valve aortique d'origine bovine implantée par voie aortique fémorale transcutanée avec cathéter de pose COMMANDER.</p> <p>1. Indication :</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique $\geq 20\%$ ou STS $\geq 10\%$) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication).</p>	2 751 968	2 751 968

2. Références prises en charge :

2.1. Système de 23 mm S3FTF123 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 23 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont :

- valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (23 mm);
- système de mise en place COMMANDER 9610TF23;
- ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr);
- cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC20;
- sertisseur 9600CR;
- dispositif de gonflage 96402 (2 unités).

2.2. Système de 26 mm S3FTF126 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien XT 9600TFX de 26 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont:

- valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (26 mm);
- système de mise en place COMMANDER 9610TF26;
- ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES14 (14Fr);
- cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC23;
- sertisseur 9600CR;
- dispositif de gonflage 96402 (2 unités).

2.3. Système de 29 mm S3FTF129 regroupant : la valve cardiaque transcathéter Edwards Sapien 39600TFX de 29 mm et les ancillaires (COMMANDER) dont les références sont :

- valve cardiaque transcathéter Edwards SAPIEN 39600TFX (29 mm);
- système de mise en place COMMANDER 9610TF29;
- ensemble de la gaine d'introduction eSheath 9610ES16 (16Fr);
- cathéter à ballonnet transfémoral 9350BC25;
- sertisseur 9600CR;
- dispositif de gonflage 96406 (2 unités).

3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge :

3.1. Composition du plateau technique :

Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.

La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).

Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.

En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.

En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.

3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire :

La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.

La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord.

<p>Seule est prise en charge la voie d'abord transfémorale décrite ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voie transfémorale. <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés, dont au moins un cardiologue interventionnel, et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.</p> <p>3.3. Bilan préopératoire :</p> <p>Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - taille de l'anneau et sa géométrie; - nombre de cuspides aortiques et leur symétrie; - géométrie sous-aortique; - géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva); - aorte ascendante: diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible); - anatomie vasculaire: diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères; - anatomie coronaire; - fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. <p>Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.</p> <p>Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.</p> <p>3.4. Formation et expérience requises :</p> <p>Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an; - avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées; - avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré; - avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir; - avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. <p>3.5. Volume d'activité :</p> <p>Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.</p> <p>3.6. Modalités de suivi du patient :</p> <p>Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an, puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.</p>		
--	--	--

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3203608	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, MEDTRONIC, MELODY + ENSEMBLE</p> <p>MELODY est une valve pulmonaire d'origine bovine implantée par voie veineuse transcutanée avec le système d'implantation ENSEMBLE.</p> <p>1. Indication</p> <p>La prise en charge est assurée pour la pose de prothèse valvulaire pulmonaire par voie veineuse transcutanée, en correction d'une dysfonction de la voie d'éjection ventriculaire droite (sténose et/ou régurgitation pulmonaire) chez des patients ayant un conduit prothétique ou une allogreffe valvulaire d'un diamètre d'au moins 16 mm entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire.</p> <p>L'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée n'est pas indiquée dans un conduit natif et chez des patients de moins de 20 kg.</p> <p>L'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée est contre-indiquée en cas de risque de compression coronaire.</p> <p>2. Références prises en charges</p> <p>La prise en charge est assurée pour la référence unique de valve PB1018 (diamètre 18 mm) et pour les trois références du système d'implantation ENSEMBLE NU1018 (diamètre 18 mm), NU1020 (diamètre 20 mm) et NU1022 (diamètre 22 mm).</p>	2 811 470	2 811 470

3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge

3.1. Composition du plateau technique

Les prérequis indispensables à l'implantation de valves pulmonaires par voie veineuse transcutanée ont été définis comme suit :

- le centre médico-chirurgical doit regrouper sur le même site et dans le même bâtiment les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle congénitale et de chirurgie cardiaque congénitale dans le cas où une conversion en urgence est nécessaire ;
- l'acte doit être réalisé dans une salle de cathétérisme conforme à un bloc opératoire en termes d'asepsie avec une salle de réveil à proximité;
- la nécessité d'une définition optimale d'images radiographiques pour la réalisation des procédures de cathétérisme et de contrôle radiologique;
- la possibilité de réaliser dans le centre une circulation extra-corporelle.

D'autre part, l'accès à un capteur biplan est recommandé

3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire

Pendant l'intervention, en salle de cathétérisme doivent être présents deux médecins justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par la réglementation en vigueur et ayant l'expérience des cardiopathies congénitales ainsi qu'un anesthésiste réanimateur habitué à la chirurgie à cœur ouvert et à la prise en charge des patients ayant des cardiopathies congénitales. Dans le centre, doit également être présent un chirurgien cardiaque ayant l'expérience du traitement des cardiopathies congénitales.

3.3. Formation et expérience requises

Pour prétendre à l'implantation d'une valve pulmonaire par voie veineuse transcutanée, les praticiens doivent :

- avoir une formation de cathétérisme cardiaque interventionnel congénital ;
- avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ;
- avoir une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage.

3.4. Modalités de suivi du patient

Les patients doivent être suivis à leur sortie de l'établissement et à un mois, six mois et un an après l'implantation puis une fois par an. A chaque visite, un examen clinique devra être effectué ainsi qu'une échocardiographie doppler transthoracique, une fluoroscopie et un électrocardiogramme. Une IRM sera effectuée à un an puis une fois par an.

3.5. Traitement antiagrégant plaquettaire

Acide acétylsalicylique maintenu à dose antiagrégante pendant au moins six mois.

3.6. Attribution systématique d'une carte d'identification au patient

Une carte d'identification doit obligatoirement être remise au patient. Cette carte doit préciser la marque de la valve posée, l'origine biologique du matériau implanté, le numéro de série, la date d'implantation et le nom du patient. L'étiquette commerciale du produit devra également être apposée sur la carte d'identification.

3269300	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE + ACCUTRAK Valve aortique d'origine porcine implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK.</p> <p>1. Indication :</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique > 20 % ou STS >10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient.</p> <p>Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.</p> <p>Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée.</p> <p>Les patients ayant une espérance de vie inférieure à un an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non-indication).</p> <p>2. Références prises en charge :</p> <p>2.1. COREVALVE MCS-P3-640 (taille 26 mm, diamètre de l'anneau aortique 20-23 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 40 mm).</p> <p>2.2. COREVALVE MCS-P3-943 (taille 29 mm, diamètre de l'anneau aortique 23-27 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 43 mm).</p> <p>2.3. COREVALVE MCS-P3-3143 (taille 31 mm, diamètre de l'anneau aortique 26-29 mm, diamètre de l'aorte ascendante < 43 mm).</p> <p>La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, modèle DCS-C4-18Fr ; - système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18F. <p>3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge :</p> <p>3.1. Composition du plateau technique.</p> <p>Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.</p> <p>La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).</p> <p>Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.</p> <p>En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.</p> <p>En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p> <p>3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur. L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.</p> <p>La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les deux voies d'abord décrites ci-dessous.</p>	2 751 968	2 751 968
---------	---	-----------	-----------

Voie transfémorale.

Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.

Voie sous-clavière.

Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel.

3.3. Bilan préopératoire.

Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :

- taille de l'anneau et sa géométrie ;

nombre de cuspides aortiques et leur symétrie ;

géométrie sous-aortique ;

- géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva) ;

aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible) ;

anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères ;

anatomie coronaire ;

fonction myocardique et valvulaire avec, si besoin, évaluation de la réserve contractile.

Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum quarante-huit heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.

Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale postprocédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens préopératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.

3.4. Formation et expérience requises.

Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit :

- appartenir à un centre pratiquant plus de deux cents remplacements valvulaires aortiques par an ;

avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées

avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré ;

- avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir ;

- avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée.

3.5. Volume d'activité.

Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.

3.6. Modalités de suivi du patient.

Les patients doivent être suivis à un mois, six mois, un an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à un mois et un an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique.

3235301	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE, AOA Valve aortique d'origine porcine COREVALVE traitée par AOA (acide alpha- amino oléique) implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK.</p> <p>1. Indication</p> <p>La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient.</p> <p>Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs.</p> <p>Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée.</p> <p>Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication).</p> <p>2. Références prises en charge</p> <p>2.1. COREVALVE MCS-P3-26-AOA (taille 26 mm, diamètre de l'anneau aortique 20-23 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 40 mm).</p> <p>2.2. COREVALVE MCS-P3-29-AOA (taille 29 mm, diamètre de l'anneau aortique 23-27 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 43 mm).</p> <p>2.3. COREVALVE MCS-P3-31-AOA (taille 31 mm, diamètre de l'anneau aortique 26-29 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 43 mm).</p> <p>La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont : Cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, modèle DCS-C4-18 Fr. Système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18 F.</p> <p>3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>3.1. Composition du plateau technique</p> <p>Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire.</p> <p>La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température).</p> <p>Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible.</p> <p>En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque.</p> <p>En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p>	2 751 968	2 751 968
---------	--	-----------	-----------

3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire

La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur.

L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.

La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les voies d'abord décrites ci-dessous.

Voie transfémorale

Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.

Voie sous-clavière

Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel.

3.3. Bilan préopératoire

Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :

- Taille de l'anneau et sa géométrie.
- Nombre de cuspides aortiques et leur symétrie.
- Géométrie sous-aortique.
- Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva).
- Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible).
- Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères.
- Anatomie coronaire.
- Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile

Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.

Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.

3.4. Formation et expérience requises :

Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit :

- Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an.
- Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporel Membrane Oxygenation) percutanées.
- Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré.
- Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir.
- Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée.

	<p>3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.</p> <p>3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique</p>		
3288467	<p>Bioprothèse valvulaire, transcutanée, aortique, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT, AOA Valve aortique d'origine porcine COREVALVE EVOLUT traitée par AOA (acide alpha-amino oléique) implantée par voie aortique transcutanée avec système d'implantation ACCUTRAK.</p> <p>1. Indications La prise en charge est assurée chez les patients contre-indiqués à la chirurgie ayant une sténose aortique sévère symptomatique. L'indication du remplacement valvulaire aortique doit être posée et la contre-indication à la chirurgie évaluée lors d'une réunion multidisciplinaire en prenant en compte les scores de risque opératoire (Euroscore logistique = 20 % ou STS = 10 %) et les comorbidités. Cette réunion doit être assortie de la rédaction d'un compte rendu qui sera annexé au dossier médical du patient. Il est rappelé la nécessité du respect de toutes les contre-indications figurant au marquage CE des dispositifs. Le refus de la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ne constitue pas une indication à la technique de remplacement valvulaire aortique par voie transcutanée. Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 1 an compte tenu de facteurs extracardiaques (comorbidités) ne sont pas éligibles à la technique (non indication).</p> <p>2. Références prises en charge COREVALVE MCS-P4-23-AOA (taille 23 mm, diamètre de l'anneau aortique 18-20 mm, diamètre de l'aorte ascendante = 34 mm). La valve est livrée avec des ancillaires dont les références sont : Cathéter de pose ACCUTRAK de 18 Fr, 23 mm ? modèle DCS-C4-18 Fr-23. Système de compression et de chargement, modèle CLS 3000-18 F.</p> <p>3. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge 3.1. Composition du plateau technique Les plateaux techniques de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque doivent être regroupés sur le même site et dans le même bâtiment, au cas où une conversion en urgence serait nécessaire. La salle hybride doit avoir les caractéristiques techniques qui permettraient de réaliser indifféremment des actes de chirurgie cardiaque ou de cardiologie interventionnelle (ECMO en salle, qualité d'imagerie optimale, caractéristiques d'un site d'anesthésie, traitement de l'air conforme à celui d'un bloc opératoire, condition de température). Quelle que soit la voie d'abord, en cas d'intervention en salle de cathétérisme cardiaque, la salle doit être conditionnée comme un bloc opératoire de chirurgie cardio-vasculaire en termes d'asepsie et un site d'anesthésie conforme à celui d'un bloc doit être disponible. En cas d'intervention en bloc opératoire, la qualité de l'imagerie doit être la plus proche possible de celle d'une salle de cathétérisme cardiaque. En fonction de l'existence ou non de complications, les patients sont orientés en unité de surveillance continue, en unité de soins intensifs cardiologiques ou en réanimation.</p>	2 751 968	2 751 968

	<p>3.2. Composition de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>La sélection des patients éligibles à la procédure doit être réalisée lors d'une réunion multidisciplinaire impliquant un chirurgien cardiaque, un cardiologue interventionnel, un cardiologue clinicien et un anesthésiste-réanimateur.</p> <p>L'obtention de l'avis d'un gériatre est très fortement recommandée. Cette position se fonde sur les données de la littérature et sur l'avis des experts consultés.</p> <p>La composition de l'équipe durant l'intervention est relative à la voie d'abord. Seules sont prises en charge les voies d'abord décrites ci-dessous :</p> <p>Voie transfémorale :</p> <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un cardiologue interventionnel et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire.</p> <p>Voie sous-clavière :</p> <p>Doivent être présents en salle d'intervention un anesthésiste-réanimateur formé à la chirurgie cardiaque, un infirmier anesthésiste et deux opérateurs qualifiés dont au moins un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire et en plus doivent être disponibles un cardiologue échographiste et un cardiologue interventionnel.</p> <p>3.3. Bilan préopératoire</p> <p>Il est nécessaire de documenter correctement les items suivants (les examens à réaliser pour évaluer tous ces critères étant à adapter au cas par cas et devant respecter les recommandations en vigueur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taille de l'anneau et sa géométrie. - Nombre de cuspidés aortiques et leur symétrie. - Géométrie sous-aortique. - Géométrie de la racine aortique (hauteur des ostia coronaires, profondeur des sinus de Valsalva). - Aorte ascendante : diamètre, calcifications, athérosclérose, débris aortiques, axes (si possible). - Anatomie vasculaire : diamètres, tortuosités, thrombus, calcifications, athérosclérose, repères. - Anatomie coronaire. - Fonction myocardique et valvulaire avec si besoin évaluation de la réserve contractile. <p>Ces évaluations s'accompagnent de la consultation spécialisée d'anesthésie au minimum 48 heures avant le geste (sauf urgence) et des examens classiques nécessaires au bilan préopératoire d'un remplacement valvulaire aortique chirurgical avec un bilan biologique et bactériologique.</p> <p>Une attention particulière doit être portée sur la prévention de toute insuffisance rénale post-procédurale. Le patient doit bénéficier d'une préparation adaptée en séparant dans le temps la procédure des examens pré-opératoires nécessitant l'utilisation de produits de contraste iodés.</p> <p>3.4. Formation et expérience requises</p> <p>Tout opérateur d'un centre actuellement habilité ou amené à l'être doit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appartenir à un centre pratiquant plus de 200 remplacements valvulaires aortiques par an. - Avoir l'expérience de la valvuloplastie par ballonnet ou une expérience des techniques de mise en place des endoprothèses aortiques thoraciques couvertes ou des ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) percutanées. - Avoir l'expérience du franchissement du rétrécissement aortique serré. - Avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique aux dispositifs implantés dans le centre ou dans un centre habilité, la connaissance nécessaire à cette activité et la maintenir. - Avoir une formation pratique par compagnonnage à la technique effectuée. 		
--	--	--	--

3.5. Volume d'activité Au minimum, réalisation de deux actes d'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transartérielle ou par voie transapicale par mois.		
3.6. Modalités de suivi du patient Les patients doivent être suivis à 1 mois, 6 mois, 1 an puis une fois par an avec la réalisation d'un bilan biologique et d'une échocardiographie. Les suivis à 1 mois et 1 an doivent être réalisés dans le centre implanteur avec une évaluation cardiaque et gériatrique		

Paragraphe 3 :Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3201733	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PR66 ET AR22- PORCIN ET EQUIN	457 184	457 184
3209982	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA BIPLEX PORCIN	457 184	457 184
3241550	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, VASCUTEK, BIOVALSALVA PORCIN	457 184	457 184
3267710	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, VASCUTEK, PPR11 ET PAR99- PORCIN	457 184	457 184
3210198	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, ATS MEDICAL, ATS-BOVIN	457 184	457 184
3217651	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, SORIN BIOMEDICA, CARBONART AVP-BOVIN	457 184	457 184
3219265	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, SHELHIGH, NR 2000C BOVIN & PORCIN	457 184	457 184
3222988	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT AORTIQUE VALVE, ST JUDE MEDICAL, VAVGJ-515-BOVIN	457 184	457 184
3282772	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, ST JUDE MEDICAL, CAVGJ-514-00-BOVIN	457 184	457 184
3225662	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, LABCOR LABORATORIOS, T 07 EAIS-BOVIN/PORCIN	457 184	457 184
3237487	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, CONTEGRA-BOVIN	457 184	457 184
3271751	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 105-PORCIN	457 184	457 184
3220535	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, MEDTRONIC, HANCOCK HC 150-PORCIN	457 184	457 184
3249415	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT PULMONAIRE VALVE, SHELHIGH, NR 4000PA-BOVIN & PORCIN	457 184	457 184
3265822	VALVE CARDIAQUE, CONDUIT VALVE, SULZER, CARBO-SEAL-BOVIN	457 184	457 184

Sous-section 2 : Implants d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artérioveineuses, tumeurs...)

Société Biosphere medical

Indications :

Indications cranioencéphaliques et vertébro-médullaires :

- fistules artério-veineuses durales :

Le traitement est toujours indiqué dans les fistules à drainage veineux cortical compte tenu du risque hémorragique. Il est également indiqué en cas d'atteintes invalidantes des nerfs crâniens, notamment en cas d'atteinte visuelle.

Dans les autres fistules, l'indication thérapeutique dépend de l'intensité de la symptomatologie.

- fistules carotidocaverneuses ;
- tumeurs hypervasculaires du rachis : traitement d'appoint et préopératoire des tumeurs bénignes (ostéoblastomes, hémangiomes vertébraux, kystes osseux anévrismaux) et des métastases, les tumeurs intrarachidiennes ;
- épistaxis essentielles ;
- épistaxis traumatiques et iatrogènes ;
- épistaxis dans le cadre de la maladie de Rendu Osler ;
- lésions artérioveineuses spinales ;
- tumeurs hypervasculaires de l'encéphale, de la tête et du cou.

Indications en dehors de la topographie cranioencéphalique :

- fibromes utérins symptomatiques ;
- embolisation artérielle tumorale (tumeurs hépatiques [primitives et métastases]) ;
- embolisation portale préopératoire dans le traitement des cancers primitifs et métastatiques du foie et des cancers des voies biliaires ;
- tumeurs rénales bénignes et malignes à titre palliatif ;
- tumeur des organes pleins en dehors du foie (notamment hémorragies des tumeurs du sein ulcérées non opérables ou en préopératoire) ;
- tumeurs osseuses primitives ou secondaires, en contexte palliatif ou préopératoire ;
- hémoptysies d'origine systémique :

L'embolisation des artères bronchiques ou systémiques des patients asymptomatiques est exceptionnelle (insuffisance cardiaque par hyper débit sur shunt gauche/gauche). L'embolisation des artères bronchiques ou systémiques des patients symptomatiques est effectuée en cas :

- de saignement chronique ou récidivant ;
- d'hémoptysies sévères soit pour des critères quantitatifs (liée à l'importance du saignement supérieur à 200 ml en vingt-quatre heures) soit en fonction du retentissement clinique ;
- hémoptysies d'origine artérielle pulmonaire ;
- hémorragie d'origine vasculaire ;
- embolisation artérielle des hémorragies digestives hautes, hépatiques, spléniques ;

- hémorragie d'origine pelvienne en dehors du postpartum (complications de la chirurgie gynécologique, vesico-prostatique, tumeurs inopérables d'origine gynécologique ou vésico- prostatique) ;
- hémorragie du postpartum.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'utilisation d'EMBOGOLD et EMBOSPHERE doit être réservée à des équipes compétentes.

L'utilisation des microsphères de 40 - 120 µm et de 100 - 300 µm est déconseillée dans le réseau bronchique.

Les microsphères 40-120 microns sont spécialement conçues pour l'embolisation des méningiomes et des tumeurs du foie. L'embolisation doit être entreprise par un spécialiste formé aux procédures de neuroradiologie interventionnelle dans un centre certifié.

L'activité neuroradiologique annuelle minimale par site est fixée à 80 interventions endovasculaires portant sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3254468 302A04	Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOSPHERE 1 ml. EMBOSPHERE est conditionné sous forme de flacon ou de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Flacon 1 ml : Calibre 40-120 : V110GH, calibre 100-300 : V210GH, calibre 300-500 : V410GH, calibre 500- 700 : V610GH, calibre 700-900 : V810GH, calibre 900-1200 : V1010GH. Seringue 1 ml : Calibre 40-120 : S110GH, calibre 100-300 : S210GH, calibre 300-500 : S410GH, calibre 500- 700 : S610GH, calibre 700-900 : S810GH, calibre 900-1200 : S1010GH.	14 037	14 037
3268772 302A04.1	Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOSPHERE 2 ml. EMBOSPHERE est conditionné sous forme de flacon ou de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Flacon 2 ml : Calibre 40-120 : V120GH, calibre 100-300 : V220GH, calibre 300-500 : V420GH, calibre 500- 700 : V620GH, calibre 700-900 : V820GH, calibre 900-1200 : V1020GH. Seringue 2 ml : Calibre 40-120 : S120GH, calibre 100-300 : S220GH, calibre 300-500 : S420GH, calibre 500- 700 : S620GH, calibre 700-900 : S820GH, calibre 900-1200 : S1020GH.	24 944	24 944
3238191	Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOGOLD 1 ml. Microsphères d'embolisation colorées par de l'or colloïdal, Embogold 1 ml. EMBOGOLD est conditionné sous forme de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Seringue 1 ml : Calibre 40-120 : S110EG, calibre 100-300 : S210EG, calibre 300-500 : S410EG, calibre 500-700: S610EG, calibre 700-900 : S810EG, calibre 900-1200 : S1010EG.	14 037	14 037

3243938	Implant d'embolisation artérielle, BIOSPHERE MEDICAL, EMBOGOLD 2 ml. Microsphères d'embolisation colorées par de l'or colloïdal, Embogold 2 ml. EMBOGOLD est conditionné sous forme de seringue. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Seringue 2 ml : Calibre 40-120 : S120EG, calibre 100-300 : S220EG, calibre 300-500 : S420EG, calibre 500-700 : S620EG, calibre 700-900 : S820EG, calibre 900-1200 : S1020EG.	24 944	24 944
---------	---	--------	--------

Sous-section 3 : Implants endovasculaires, dit « stents », couverts ou non couverts

La prise en charge du stent n'est assurée que dans les conditions et les indications précisées aux codes 3155559 et 3183194.

Paragraphe 1 : Implants coronariens

Quel qu'en soit le type, dans la limite d'une unité par lésion et d'un maximum de deux unités par artères, système de pose compris. La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3216367 302A05.1	BX Velocity avec Hepacoat - porcine	CORDIS	118 654	118 654
3257739 302A05.1	Wiktor I Hepamed - porcine	MEDTRONIC	118 654	118 654
3290004 302A05.1	Stent Hepamed - porcine	MEDTRONIC	118 654	118 654

Paragraphe 2 : Implants pour lésions artérielles aortiques, iliaques ou fémorales

Quel qu'en soit le type, système de pose compris.

La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité au maximum, par artère, à l'exception du traitement des sténoses de l'artère iliaque primitive où deux stents au maximum peuvent être pris en charge.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3273299 302A05.2	BX Velocity avec Hepacoat - porcine	CORDIS	118 654	118 654

3285434 302A05.2	Wiktor I Hepamed - porcin	MEDTRONIC	118 654	118 654
3288148 302A05.2	Stent Hepamed - porcin	MEDTRONIC	118 654	118 654

Section 2. - Implants orthopédiques

Sous-section 1 : Implants ou substituts osseux

La prise en charge d'une unité de substitut d'origine animale ne peut s'ajouter à celle d'une unité de substitut d'origine synthétique.

Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de 154765,83 F.CFP.

Lorsque dans ces indications sont utilisés des greffons d'origine humaine en association avec un substitut d'origine animale, la prise en charge est assurée dans la limite de 457849,56 FCFP sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.

Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

Paragraphe 1 : Implants osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux

A - Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3203689 302B01.11	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	38 692	38 692
3287396 302B01.11	Oxbone CMF	BIOLAND	38 692	38 692
3295591 302B01.11	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	38 692	38 692
3269642 302B01.11	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	38 692	38 692
3291653 302B01.11	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	38 692	38 692
3228778 302B01.11	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	38 692	38 692

3251056 302B01.11	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	38 692	38 692
3277446 302B01.11	Biocoral – corail	INOTEB	38 692	38 692
3296343 302B01.11	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	38 692	38 692
3216670 302B01.11	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	38 692	38 692
3219561 302B01.11	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	38 692	38 692
3267241 302B01.11	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	38 692	38 692
3230924 302B01.11	Healos	ORQUEST	38 692	38 692
3271350 302B01.11	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	38 692	38 692
3218395 302B01.11	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	38 692	38 692
3226012 302B01.11	Pyrost - bovin	STRYKER	38 692	38 692
3236861 302B01.11	Collapat II	SYMATÈSE	38 692	38 692

B - Implants osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ (> 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3214569 302B01.12	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	51 589	51 589
3296580 302B01.12	Oxbone CMF	BIOLAND	51 589	51 589
3240673 302B01.12	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	51 589	51 589
3224160 302B01.12	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	51 589	51 589

3216108 302B01.12	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	51 589	51 589
3263310 302B01.12	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	51 589	51 589
3206676 302B01.12	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	51 589	51 589
3247563 302B01.12	Biocoral – corail	INOTEB	51 589	51 589
3200627 302B01.12	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	51 589	51 589
3220920 302B01.12	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	51 589	51 589
3263266 302B01.12	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	51 589	51 589
3223002 302B01.12	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	51 589	51 589
3240182 302B01.12	Healos	ORQUEST	51 589	51 589
3234371 302B01.12	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	51 589	51 589
3283613 302B01.12	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	51 589	51 589
3217993 302B01.12	Pyrost - bovin	STRYKER	51 589	51 589
3232248 302B01.12	Collapat II	SYMATÈSE	51 589	51 589

Paragraphe 2 : Implant osseux de forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, parallélépipède, cylindre)

A - Implants osseux pour un volume inférieur ou égal à 5 cm³ (< ou = 5 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3228360 302B01.21	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	21 495	21 495
3295540 302B01.21	Oxbone CMF	BIOLAND	21 495	21 495
3210206 302B01.21	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	21 495	21 495
3273419 302B01.21	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	21 495	21 495
3247681 302B01.21	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	21 495	21 495
3276493 302B01.21	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	21 495	21 495
3210873 302B01.21	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	21 495	21 495
3240012 302B01.21	Implant osseux, géométrique, < 5 cm³ BIOCORAL France, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	21 495	21 495
3204772 302B01.21	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	21 495	21 495
3236536 302B01.21	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	21 495	21 495
3273804 302B01.21	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	21 495	21 495
3292078 302B01.21	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	21 495	21 495
3206860 302B01.21	Healos	ORQUEST	21 495	21 495
3235844 302B01.21	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	21 495	21 495

3263243 302B01.21	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	21 495	21 495
3224444 302B01.21	Pyrost - bovin	STRYKER	21 495	21 495
3204039 302B01.21	Collapat II	SYMATÈSE	21 495	21 495

B - Implants osseux pour un volume supérieur à 5 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ (> 5 cm³ et < ou = 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3239954 302B01.22	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	42 991	42 991
3244613 302B01.22	Oxbone CMF	BIOLAND	42 991	42 991
3242703 302B01.22	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	42 991	42 991
3286971 302B01.22	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3285279 302B01.22	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3292747 302B01.22	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3266342 302B01.22	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3250890 302B01.22	Implant osseux, géométrique, > 5 cm ³ et < 45 cm ³ BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	42 991	42 991
3257550 302B01.22	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991

3277854 302B01.22	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3279155 302B01.22	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3259098 302B01.22	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3290317 302B01.22	Healos	ORQUEST	42 991	42 991
3235270 302B01.22	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
3239523 302B01.22	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
363 01.22	Pyrost - bovin	STRYKER	42 991	42 991
325 01.22	Collapat II	SYMATÈSE	42 991	42 991

C - Implant osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3281287 302B01.23	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	75 233	75 233
3235376 302B01.23	Oxbone CMF	BIOLAND	75 233	75 233
3290211 302B01.23	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	75 233	75 233

3272390 302B01.23	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	75 233	75 233
3211230 302B01.23	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	75 233	75 233
3227336 302B01.23	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	75 233	75 233
3276694 302B01.23	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	75 233	75 233
3221919 302B01.23	Biocoral – corail	INOTEB	75 233	75 233
3208913 302B01.23	Healos	ORQUEST	75 233	75 233
3290843 302B01.23	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	75 233	75 233
3223143 302B01.23	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	75 233	75 233
3204460 302B01.23	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	75 233	75 233
3236163 302B01.23	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	75 233	75 233
3200395 302B01.23	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	75 233	75 233
3214658 302B01.23	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	75 233	75 233
3258503 302B01.23	Pyrost – bovin	STRYKER	75 233	75 233
3257722 302B01.23	Collapat II	SYMATÈSE	75 233	75 233

Paragraphe 3 : Implants osseux de forme anatomique

A - Implant osseux de forme anatomique utilisé en orthopédie (vertèbre, coin d'ostéotomie...)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3236849 302B01.31	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	45 140	45 140
3205895 302B01.31	Oxbone CMF	BIOLAND	45 140	45 140
3285983 302B01.31	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	45 140	45 140
3222735 302B01.31	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	45 140	45 140
3251091 302B01.31	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	45 140	45 140
3280106 302B01.31	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	45 140	45 140
3261876 302B01.31	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	45 140	45 140
3288310 302B01.31	Implant osseux, anatomique, orthopédie, BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	45 140	45 140
3294350 302B01.31	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	45 140	45 140
3213044 302B01.31	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	45 140	45 140

3245854 302B01.31	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	45 140	45 140
3283866 302B01.31	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	45 140	45 140
3266307 302B01.31	Healos	ORQUEST	45 140	45 140
3208617 302B01.31	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	45 140	45 140
3257047 302B01.31	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	45 140	45 140
3272093 302B01.31	Pyrost – bovin	STRYKER	45 140	45 140
3205777 302B01.31	Collapat II	SYMATÈSE	45 140	45 140

B - Implant osseux de forme anatomique utilisé en chirurgie autre qu'orthopédique (maxillo-faciale, ORL ou neurochirurgie)

1° Planchers orbitaires

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3205323 302B01.321	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	42 991	42 991
3220179 302B01.321	Oxbone CMF	BIOLAND	42 991	42 991

3222250 302B01.321	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	42 991	42 991
3285658 302B01.321	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3237412 302B01.321	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3271521 302B01.321	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3279600 302B01.321	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3212145 302B01.321	Implant osseux, anatomique, non orthopédique, plancher orbitaire, BIOCORAL. Implant BIOCORAL-Corail de la société BIOCORAL.	BIOCORAL France	42 991	42 991
3224310 302B01.321	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3253300 302B01.321	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3244731 302B01.321	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3216195 302B01.321	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3219087 302B01.321	Healos	ORQUEST	42 991	42 991
3245328 302B01.321	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
3297740 302B01.321	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
3216723 302B01.321	Pyrost - bovin	STRYKER	42 991	42 991
3249792 302B01.321	Collapat II	SYMATÈSE	42 991	42 991

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3205323 302B01.321	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	42 991	42 991
3220179 302B01.321	Oxbone CMF	BIOLAND	42 991	42 991
3222250 302B01.321	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	42 991	42 991
3285658 302B01.321	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3237412 302B01.321	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	42 991	42 991
3271521 302B01.321	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3279600 302B01.321	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	42 991	42 991
3212145 302B01.321	Implant osseux, anatomique, non orthopédique, plancher orbitaire, BIOCORAL. Implant BIOCORAL-Corail de la société BIOCORAL.	BIOCORAL France	42 991	42 991
3224310 302B01.321	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3253300 302B01.321	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3244731 302B01.321	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3216195 302B01.321	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	42 991	42 991
3219087 302B01.321	Healos	ORQUEST	42 991	42 991

3245328 302B01.321	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
3297740 302B01.321	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	42 991	42 991
3216723 302B01.321	Pyrost - bovin	STRYKER	42 991	42 991
3249792 302B01.321	Collapat II	SYMATÈSE	42 991	42 991

2° Autres formes anatomiques complexes (menton, pommette, sinus)

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3231496 302B01.322	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	67 710	67 710
3270987 302B01.322	Oxbone CMF	BIOLAND	67 710	67 710
3250654 302B01.322	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	67 710	67 710
3285285 302B01.322	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	67 710	67 710
3298649 302B01.322	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	67 710	67 710
3226348 302B01.322	Bio-Oss – bovin	EDWARD GEISTLICH	67 710	67 710
3292598 302B01.322	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	67 710	67 710
3233331 302B01.322	Implant osseux, anatomique, complexe, BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL.	BIOCORAL France	67 710	67 710
3295355 302B01.322	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	67 710	67 710

3263237 302B01.322	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	67 710	67 710
3204803 302B01.322	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	67 710	67 710
3274420 302B01.322	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	67 710	67 710
3222209 302B01.322	Healos	ORQUEST	67 710	67 710
3212895 302B01.322	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	67 710	67 710
3233420 302B01.322	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	67 710	67 710
3222913 302B01.322	Pyrost - bovin	STRYKER	67 710	67 710
3246641 302B01	Collapat II	SYMATÈSE	67 710	67 710

3° Implant osseux sur mesure (hémicrâne, volet crânien, partie de la face, du front...)

Ce sont des implants faits à l'unité à partir des mesures du malade.

Ils sont pris en charge après entente préalable, pour la reconstruction osseuse étendue traumatique ou tumorale.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3277802 302B01.323	Oxbone ou Isobone	BIOLAND	184 859	184 859
3202922 302B01.323	Oxbone CMF	BIOLAND	184 859	184 859
3230723 302B01.323	Oxbone Neuro - bovin	BIOLAND	184 859	184 859
3270415 302B01.323	Endobon	BIOMET MERCK FRANCE	184 859	184 859

3225225 302B01.323	Endobon EMD -bovin	BIOMET MERCK FRANCE	184 859	184 859
3299531 302B01.323	Bio-Oss - bovin	EDWARD GEISTLICH	184 859	184 859
3209746 302B01.323	Orthoss™ - bovin	EDWARD GEISTLICH	184 859	184 859
3226609 302B01.323	Implant osseux, sur mesure, BIOCORAL, BIOCORAL-CORAIL. La prise en charge est assurée dans la limite de 184 859 F.CFP.	BIOCORAL France	184 859	184 859
3284038 302B01.323	Pro Osteon 200	INTERPORE INTERNATIONAL	184 859	184 859
3226466 302B01.323	Pro Osteon 200 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	184 859	184 859
3221150 302B01.323	Pro Osteon 500	INTERPORE INTERNATIONAL	184 859	184 859
3209485 302B01.323	Pro Osteon 500 R - corail	INTERPORE INTERNATIONAL	184 859	184 859
3295310 302B01.323	Healos	ORQUEST	184 859	184 859
3246055 302B01.323	Lubboc - bovin	OST DEVELOPPEMENT	184 859	184 859
3235703 302B01.323	Isobone2 - bovin	OST DEVELOPPEMENT	184 859	184 859
3229855 302B01.323	Pyrost - bovin	STRYKER	184 859	184 859
3292730 302B01.323	Collapat II	SYMATÈSE	184 859	184 859

Sous-section 2 : Obturateurs à ciment centro-médullaire pour pose d'implants articulaires

La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.
Elle est assurée pour les implants suivants :

Code	Référence	Sociétés	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3250619 302B02	Obturateur porcin, Biostop G	Société DEPUY France SAS (DEPUY)	7 975	7 975
3274749 302B02	Corol R – porcin	BIOMET MERCK FRANCE	7 975	7 975
3226785 302B02	Obturateur gélatine - bovin	CERAVER OSTEAL	7 975	7 975
3261304 302B02	Bioplug porcin	SOCIÉTÉ MÉDICALBIOMAT	7 975	7 975
3295042 302B02	Air Plug – porcin	GROUPE LEPINE	7 975	7 975
3290889 302B02	Implant orthopédique, BIOCORAL, BIOCORAL OBTURATEUR-CORAIL.	BIOCORAL France	7 975	7 975
3237620 302B02	Monostop - porcin	MÉDICAL CALCIUM PHOSPHATES	7 975	7 975
3238305 302B02	Biosem II - bovin	SCIENCE & MÉDECINE	7 975	7 975
3246747 302B02	Medulock, - porcin	TEKNIMED	7 975	7 975
3234141 302B02	Cemstop – porcin	TEKNIMED	7 975	7 975

Chapitre III. - Greffons tissulaires d'origine humaine (Nomenclature et tarifs)

Dès lors qu'un implant comporte ou est issu de dérivés humains, il doit répondre aux conditions de ce chapitre. Les implants comportant ou issus de dérivés d'origine mixte, animale et humaine, répondent également aux conditions de ce chapitre.

Seuls sont pris en charge les greffons tissulaires d'origine humaine qui sont distribués ou cédés par un établissement autorisé conformément à la réglementation en vigueur.

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

La tarification couvre tous les coûts dus au greffon (prélèvement, tests sérologiques effectués sur le donneur, transformation, stérilisation, conservation, contrôles, traçabilité, transport et fourniture du greffon notamment).

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Section 1. - Greffons osseux

La prise en charge des greffons ossiculaires de l'oreille n'est pas assurée.

Lors d'interventions pour tumeurs, reprises de prothèse totale de hanche, la prise en charge est assurée dans la limite de **457 850 F.CFP** que le(s) greffon(s) soit (ent) implanté(s) seul(s) ou associé(s) avec un substitut osseux d'origine synthétique ou animale, sur justificatifs apportés par la facture et les étiquettes attestant du nombre d'unités implantées.

Dans tous les autres cas, la prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par intervention.

Sous-section 1: Greffons osseux sous forme de poudre, lamelles, copeaux

Paragraphe 1 : Greffons osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus			
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3366440 303B02.11	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	47 290	47 290
3307621 303B02.11	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	47 290	47 290
3362376 303B02.11	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	47 290	47 290
3365713 303B02.11	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	47 290	47 290

3310899 303B02.11	Allogreffe osseuse, poudre, lamelles, copeaux, < ou = 15 cm ³ , TBF, Phoenix. Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de poudre, lamelles ou copeaux os spongieux, inférieur ou égal à 15 cm ³ , de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux de volume de 5cc : B02, de volume de 10 cc : B04 ; Poudre d'os spongieux de volume de 0,5cc : D 905, de volume de 1 cc : D 910, de volume de 2cc : D 920, de volume de 3,6 cc : D 936 ; Anneaux corticospongieux : R 01 et R 02 ; Lamelles corticospongieuses : DL 15 et DL 20. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	49 655	49 655
3393460 303B02.11	CHU de Montpellier	47 290	47 290
3354862	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, < ou = 15 cm ³ , BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, inférieur ou égal à 15 cm ³ , de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 5 cc et 10 cc. Granules d'os spongieux 5 cc, 7 cc et 10 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	47 290	47 290

Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3368309	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure > 5 cm ³ et < 15 cm ³ , OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de fragments, granulométrie de 3 à 5 mm de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE POT FRAGMENT 5 CC et, OSTEOPURE POT FRAGMENTS < 15 CC.	61 477	61 477

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3331358 303B02.11	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	47 290	47 290
3396168 303B02.11	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	47 290	47 290
3304137 303B02.11	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	47 290	47 290
3367400 303B02.11	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	47 290	47 290
3342161 303B02.11	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	47 290	47 290
3310698 303B02.11	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	47 290	47 290
3316554 303B02.11	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	47 290	47 290

Paragraphe 2 : Greffons osseux pour un volume supérieur à 15 cm³ et inférieur ou égal à 45 cm³ (> 15 cm³ et < ou = 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3389955 303B02.12	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	98 879	98 879
3379879 303B02.12	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	98 879	98 879
3362502 303B02.12	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	98 879	98 879
3330005 303B02.12	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	98 879	98 879

3388039 303B02.12	Allogreffe osseuse, copeaux, > 15 cm ³ et < ou = 45 cm ³ , TBF, Phoenix. Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de copeaux os spongieux, supérieur à 15 cm ³ et inférieur ou égal à 45 cm ³ de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence les copeaux de volume de 20 cc : B06. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	103 823	103 823
3374474 303B02.12	CHU de Montpellier	98 879	98 879
3363737	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > 15 cm ³ et < ou = 45 cm ³ , BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, supérieur à 15 cm ³ et inférieur ou égal à 45 cm ³ de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 25 cc. Granules d'os spongieux 18 cc, 25 cc et 30 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	98 879	98 879

Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350338	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, > 15 cm ³ et ≤ 25 cm ³ , OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de fragments, granulométrie de 3 à 5 mm de la société OST-DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE POT FRAGMENT > 15 CC et OSTEOPURE POT FRAGMENT 25 CC.	OST DEVELOPPEMENT	128 543	128 543

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3372564 303B02.12	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	98 879	98 879
3369154 303B02.12	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	98 879	98 879
3370996 303B02.12	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	98 879	98 879
3343545 303B02.12	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	98 879	98 879
3346727 303B02.12	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	98 879	98 879
3390020 303B02.12	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	98 879	98 879
3376711 303B02.12	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	98 879	98 879

Paragraphe 3 : Greffons osseux pour un volume supérieur à 45 cm³ (> 45 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3352774 303B02.13	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	152 617	152 617
3320544 303B02.13	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	152 617	152 617
3384159 303B02.13	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	152 617	152 617
3327530 303B02.13	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	152 617	152 617

3353414 303B02.13	Allogreffe osseuse, copeaux os spongieux, > 45 cm ³ , TBF, Phoenix. Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme de copeaux os spongieux, supérieur à 45 cm ³ , de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence de copeaux de volume de 45 cc : B08. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	160 248	160 248
3387790 303B02.13	CHU de Montpellier	152 617	152 617
3325620	Allogreffe osseuse, copeaux, granules, > 45 cm ³ , BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme de copeaux ou de granules, supérieur à 45 cm ³ , de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Copeaux d'os spongieux 50 cc et granules d'os spongieux 50 cc. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	152 617	152 617

Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3396441	Allogreffe osseuse, fragments Ostéopure, > 45 cm ³ , OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de copeaux, supérieur à 45 cm ³ de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE POT FRAGMENT > 45 CC.	OST DEVELOPPEMENT	198 403	198 403

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	------------------------	-----------------------	----------------	------------------

3344020 303B02.13	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	152 617	152 617
3338521 303B02.13	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	152 617	152 617
3357783 303B02.13	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	152 617	152 617
3389725 303B02.13	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	152 617	152 617
3351540 303B02.13	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	152 617	152 617
3348502 303B02.13	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	152 617	152 617
3374178 303B02.13	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	152 617	152 617

Sous-section 2: Greffons osseux sous forme géométrique (sphère, granulé, cube, cône, parallélépipède, cylindre)

Paragraphe 1 : Greffons osseux pour un volume inférieur ou égal à 15 cm³ (< ou = 15 cm³)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus				
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC	
3323502 303B02.21	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	64 486	64 486	
3327569 303B02.21	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	64 486	64 486	
3357381 303B02.21	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	64 486	64 486	
3340417 303B02.21	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	64 486	64 486	

3385443 303B02.21	Allogreffe osseuse, géométrique, < ou = 15 cm ³ , TBF, Phoenix. Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme géométrique, inférieur ou égal à 15 cm ³ , de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Coins d'ostéotomie : W06, W08, W10, W12 et W14 mm hauteur. Blocs : T04, S03, S04, CH05, CH06 et CH08 Disques crâniens : 14 mm de diamètre x 5 mm H : CP14 (4 unités : CP414) et 16 mm de diamètre x 5 mm H : CP16 (4 unités : CP416). La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	67 711	67 711
3337852 303B02.21	CHU de Montpellier	64 486	64 486
3350752	Allogreffe osseuse, géométrique, bloc spongieux, < ou = 15 cm ³ , BIOBANK, Supercrit. Allogreffe osseuse traitée par procédé Supercrit sous forme géométrique, inférieur ou égal à 15 cm ³ , de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Bloc spongieux 8*8*8 mm, 30*20*10 mm et 20*10*10 mm. Disque spongieux 40*10 mm. Coin osseux 30*30*8 mm - 8°, 30*30*10 mm - 10°, 30*30*12 mm - 12° et 30*30*14 mm - 14°. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	64 486	64 486

Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	---------	----------------	------------------

3377604	Allogreffe osseuse, géométrique, tranche Ostéopure $\leq 15 \text{ cm}^3$, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de tranche inférieure ou égale à 15 cm^3 , épaisseur 8 mm (+ ou ? 1 mm) de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE Bloc 35* 25* 15, OSTEOPURE Coin 35* 30* 10, OSTEOPURE Coin 35* 30* 10 et OSTEOPURE TRANCHE < 15 CC.	OST DEVELOPPEMENT	83 833	83 833
3340469	Allogreffe osseuse, demi-anneau cortical Ostéopure, $\leq 15 \text{ cm}^3$, OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de demi-anneau cortical inférieure ou égale à 15 cm^3 de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE COL 1/2 ANN CORTICAL.	OST DEVELOPPEMENT	83 833	83 833

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3326937 303B02.21	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	64 486	64 486
3342669 303B02.21	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	64 486	64 486
3346325 303B02.21	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	64 486	64 486
3340877 303B02.21	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	64 486	64 486
3316583 303B02.21	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	64 486	64 486
3387867 303B02.21	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	64 486	64 486
3370909 303B02.21	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	64 486	64 486

Paragraphe 2 : Greffons osseux pour un volume supérieur à 15 cm^3 ($> 15 \text{ cm}^3$)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus			
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3368700 303B02.22	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	85 982	85 982
3355940 303B02.22	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	85 982	85 982
3397133 303B02.22	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	85 982	85 982
3349128 303B02.22	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	85 982	85 982
3324766 303B02.22	Allogreffe osseuse, géométrique, > 15 cm ³ , TBF, Phoenix. Allogreffe osseuse traitée par procédé Phoenix sous forme géométrique, supérieur à 15 cm ³ de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Bloc : 2,2 × 2,2 × 3,2 cm : T06 et SX04 : 4 unités de 1 × 1 × 4 cm d'un même donneur. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	90 281	90 281
3386052 303B02.22	CHU de Montpellier	85 982	85 982
3375210	Greffon osseux, géométrique, bloc spongieux, > 15 cm ³ , BIOBANK, Supercrit. Greffon osseux traité par procédé Supercrit sous forme géométrique, supérieur à 15 cm ³ de la société BIOBANK. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Disque spongieux 40*15 mm. La prise en charge est assurée dans le comblement osseux.	85 982	85 982

Avec conditions de prise en charge particulière (Société OST DEVELOPPEMENT)

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1^{ère} ou de 2^{ème} intention ;
- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;

- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3326802	Allogreffe osseuse, géométrique, tranche Ostéopure, > 15 cm ³ , OST DEVELOPPEMENT. Allogreffe osseuse traitée par procédé Ostéopure sous forme de tranche supérieure à 15 cm ³ , épaisseur 8 mm (+ ou - 1 mm) de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE TRANCHE > 15 CC.	OST DEVELOPPEMENT	111 776	111 776

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3393690 303B02.22	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	85 982	85 982
3351786 303B02.22	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	85 982	85 982
3302925 303B02.22	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	85 982	85 982
3362531 303B02.22	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	85 982	85 982
3332464 303B02.22	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	85 982	85 982
3368189 303B02.22	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	85 982	85 982
3361454 303B02.22	Wright Medical Technologie/Créteil- USA	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	85 982	85 982

Sous-section 3 : Têtes fémorales recueillies sur donneur vivant consentant (lors d'une arthroplastie de hanche)

Paragraphe 1 : Tête fémorale complète ou deux hémitêtes, avec col

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus			
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3324625 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	151 880	151 880
3386218 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	151 880	151 880
3326044 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	151 880	151 880
3370016 303B02.31	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	152 617	152 617
3348755 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	151 880	151 880
3362809 303B02.31	CHU de Montpellier	152 617	152 617
3344409 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, CHU de Nancy	151 880	151 880
3355293 303B02.31	CHU de Nantes	152 617	152 617
3366279 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	151 880	151 880
3334144 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Brest. EFS Bretagne, site de Brest	151 880	151 880
3323347 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Rennes. EFS Bretagne, site de Rennes	151 880	151 880
3380931 303B02.31	CHU de Toulouse	152 617	152 617
3379276 303B02.31	AP-HP Cochin/Paris	152 617	152 617
3373954 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Saint-Étienne. EFS Auvergne-Loire, site de Saint-Étienne	151 880	151 880

3319950 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bois-Guillaume. EFS Normandie, site de Bois-Guillaume	151 880	151 880
3339070 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Saint-Louis Paris, AP-HP, Saint-Louis/Paris.	151 880	151 880
3384449 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Angers. EFS Pays de Loire, site d'Angers	151 880	151 880
3374646 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	151 880	151 880
3340890 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Montpellier. EFS Pyrénées Méditerranée, site de Montpellier	151 880	151 880
3370335 303B02.31	CTSA de Clamart	152 617	152 617
3334871 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Ile-de-France. EFS Ile-de-France	151 880	151 880
3326340 303B02.31	Institut mutualiste Montsouris	152 617	152 617

Avec conditions de prise en charge particulière

Société BIOBANK

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.

Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.

Le prélèvement des têtes fémorales complètes ou de 2 hémitêtes avec col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3378851	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, Biobank, Supercrit. Tête fémorale complète ou 2 hémitêtes avec col traitées par procédé Supercrit de la société Biobank.	160 248	160 248

Société TISSUE BANK OF FRANCE (TBF)

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.

Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.

Le prélèvement des têtes fémorales complètes ou de 2 hémitêtes avec col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3318091 303B02.31	Tête fémorale, complète ou 2 hémitêtes avec col, TBF, Phoenix. Tête fémorale complète ou 2 hémitêtes avec col traitées par procédé Phoenix de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : tête entière avec col : T08.	160 248	160 248

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350344 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Tours.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	151 880	151 880
3319535 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Lyon.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	151 880	151 880
3305390 303B02.31	Banque universitaire de Bruxelles	CHU de Montpellier	152 617	152 617
3369272 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	151 880	151 880
3398517 303B02.31	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	152 617	152 617
3364990 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Saint- Louis, Banque universitaire de Bruxelles.	AP-HP Saint-Louis/Paris	151 880	151 880
3391700 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, Bruxelles, Angers. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Pays de la Loire, site d'Angers	151 880	151 880
3390935 303B02.31	Tête fémorale, donneur vivant complète ou 2 hémitêtes avec col, WMT, Marseille. Wright Medical Technologie Créteil-USA.	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	151 880	151 880

Paragraphe 2 : Tête fémorale incomplète ou hémitête

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3304870 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	151 880	151 880
3306923 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	151 880	151 880
3354187 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	151 880	151 880
3375634 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	151 880	151 880
3306515 303B02.32	Ostéo-Banque d'Auvergne, site de Clermont-Ferrand	135 421	135 421
3302492 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Nancy, CHU de Nancy	151 880	151 880
3383361 303B02.32	CHU de Nantes	135 421	135 421
3383533 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	151 880	151 880
3306538 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Brest. EFS Bretagne, site de Brest	151 880	151 880
3356996 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Rennes. EFS Bretagne, site de Rennes	151 880	151 880
3356134 303B02.32	AP-HP Cochin/Paris	135 421	135 421
3338797 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Saint-Étienne. EFS Auvergne-Loire, site de Saint-Étienne	151 880	151 880
3371636 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bois-Guillaume. EFS Normandie, site de Bois-Guillaume	151 880	151 880

3325056 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Saint-Louis Paris, AP-HP, Saint- Louis/Paris.	151 880	151 880
3384573 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Angers. EFS Pays de la Loire, site d'Angers	151 880	151 880
3357100 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	151 880	151 880
3325085 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Montpellier. EFS Pyrénées Méditerranée, site de Montpellier	151 880	151 880
3306320 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, EFS Ile-de-France	151 880	151 880
3309809 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant, incomplète ou hémitête, sans col, LTBF, Phoenix. Tête fémorale incomplète ou tête fémorale sans col ou hémitête fémorale du Laboratoire Tissue Bank of France.	142 191	142 191
3334210 303B02.32	Institut mutualiste Montsouris	135 421	135 421

Avec conditions de prise en charge particulière

Société BIOBANK

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.

Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.

Le prélèvement des têtes fémorales incomplètes ou hémitêtes est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3383384	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, Biobank, Supercrit. Tête fémorale incomplète ou hémitête traitée par procédé Supercrit de la société Biobank.	142 191	142 191

Société OST DEVELOPPEMENT

La prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- reconstruction osseuse dans les arthroplasties de hanche ou de genou, de 1re ou de 2e intention ;

- ostéotomie d'addition, de comblement, d'interposition ;
- arthrodèse vertébrale ;
- fracture avec perte de substance osseuse ;
- traitement des pseudarthroses.

Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté quelques minutes avec de préférence le sang du patient (ou du sérum physiologique).

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3350278	Tête fémorale, donneur vivant, incomplète, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT. Tête fémorale incomplète traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : OSTEOPURE TETE INCOMPLETE.	176 047	176 047
3331163	Tête fémorale, donneur vivant, hémitête, Ostéopure, OST DEVELOPPEMENT. Hémitête traitée par procédé Ostéopure, partie hémisphérique + une demi-tranche de la société OST DEVELOPPEMENT. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : OSTEOPURE HEMI-TETE et OSTEOPURE DEMI-TETE.	176 047	176 047

Société TISSUE BANK OF FRANCE (TBF)

La prise en charge est assurée dans le comblement d'une perte de substance osseuse.

Le traitement des fractures et pseudarthroses en l'absence de pertes de substance pouvant nécessiter un comblement est contre-indiqué. Pour être utilisé, ce tissu doit être réhydraté avec une solution de chlorure de sodium à 0,9 %

Le prélèvement des têtes fémorales incomplètes ou hémitêtes sans col est réalisé sur donneur vivant.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3309809	Tête fémorale, incomplète ou hémitête, sans col, TBF, Phoenix. Tête fémorale incomplète ou hémitête sans col traitée par procédé Phoenix de la société Tissue Bank of France. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : Tête incomplète : T09 ; tête sans col : T07 et hémitête : T05.	142 191	142 191

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	------------------------	--------------------------	-------------------	---------------------

3318688 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Lyon. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	151 880	151 880
3307182 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Tours. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	151 880	151 880
3310178 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	151 880	151 880
3377969 303B02.32	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	135 421	135 421
3317980 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Saint-Louis Paris, Banque universitaire de Bruxelles.	AP-HP Saint-Louis/Paris	151 880	151 880
3369697 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, Bruxelles, Angers. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Pays de la Loire, site d'Angers	151 880	151 880
3329433 303B02.32	Tête fémorale, donneur vivant incomplète ou hémitête, WMT, Marseille. Wright Medical Technologie Créteil-USA.	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	151 880	151 880

Sous-section 4 : Fragments osseux prélevés sur donneurs décédés (tête fémorale, tête humérale, crête iliaque, os spongieux, fragments divers) et os anatomiques du piedou de la main (calcanéum, astragale)

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus			
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3321526 303B02.4	AP-HP Saint-Louis/Paris	135 421	135 421

3394519 303B02.4	CHU de Nantes	135 421	135 421
3303445 303B02.4	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	135 421	135 421
3321124 303B02.4	EFS Centre-Atlantique, site de Poitiers	135 421	135 421
3341428 303B02.4	EFS Ile-de-France	135 421	135 421
3318286 303B02.4	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	135 421	135 421
3378555 303B02.4	EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	135 421	135 421
3319630 303B02.4	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	135 421	135 421
3333883 303B02.4	AP-HP Cochin, Paris	135 421	135 421

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3320840 303B02.4	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Saint-Louis/Paris	135 421	135 421
3382835 303B02.4	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	135 421	135 421
3322827 303B02.4	Banque universitaire de Bruxelles	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	135 421	135 421
3328818 303B02.4	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	135 421	135 421
3349571 303B02.4	Tutogen	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	135 421	135 421
3344119 303B02.4	Tutogen	EFS Ile-de-France	135 421	135 421
3342534 303B02.4	Tutogen	EFS Alpes-Méditerranée, site de Marseille	135 421	135 421
3322402 303B02.4	Tutogen	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	135 421	135 421

Sous-section 5: Os long prélevé sur donneurs décédés (distal, proximal ou intercalaire) quel que soit l'os long concerné et sa longueur : tibia, fémur, humérus

La prise en charge est assurée pour les greffons des banques de tissus suivantes :

Banques de tissus			
Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3304440 303B02.5	AP-HP Saint-Louis/Paris	262 243	262 243
3384136 303B02.5	Os long, donneurs décédés, CHU de Nancy	208 109	208 109
3332808 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Tours. EFS Centre Atlantique, site de Tours	208 109	208 109
3343574 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Poitiers. EFS Centre Atlantique, site de Poitiers	208 109	208 109
3312504 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Ile-de-France. EFS Ile-de-France	208 109	208 109
3305125 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Marseille. EFS Alpes Méditerranée, site de Marseille	208 109	208 109
3338857 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Bordeaux. EFS Aquitaine-Limousin, site de Bordeaux	208 109	208 109
3375976 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Reims. EFS Nord de France, site de Reims	208 109	208 109
3306372 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Lyon. EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	208 109	208 109
3372713 303B02.5	AP-HP Cochin, Paris	262 243	262 243

Fournisseurs étrangers / banques importatrices

Code	FOURNISSEURS ÉTRANGERS	BANQUES IMPORTATRICES	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
-------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------	-----------------------------

3384811 303B02.5	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Saint-Louis/Paris	262 243	262 243
3367936 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Nancy	CHU de Nancy	208 109	208 109
3321070 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Tours. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Centre-Atlantique, site de Tours	208 109	208 109
3316784 303B02.5	Os long, donneurs décédés, Bruxelles, Lyon. Banque universitaire de Bruxelles.	EFS Rhône-Alpes, site de Lyon	208 109	208 109
3370269 303B02.5	Banque universitaire de Bruxelles	AP-HP Cochin/Paris	262 243	262 243

Section 2. - Allogreffes vasculaires

Pour pouvoir être pris en charge, les allogreffes vasculaires doivent répondre aux exigences réglementaires prévues par l' **Ordonnance n° 2012-514 du 18 avril 2012 portant extension et adaptation aux îles Wallis et Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française des dispositions de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique** "

Allogreffe de veine saphène

Ces allogreffes sont prélevées au bloc opératoire sur donneur vivant lors d'interventions pour varices.

Leur prise en charge est assurée dans les indications suivantes :

- création de fistules artério-veineuses ;
- artériopathie oblitérante sous-poplitée sévère, notamment après surinfection de prothèses synthétiques ;
- maladie de Lapeyronie.

La prise en charge est assurée pour les greffons de veine saphène suivants :

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3394034	Allogreffe vasculaire, veine saphène, cryoconservée.	219 860	219 860
3333073	Allogreffe vasculaire, veine saphène, non cryoconservée BIOPROTEC. Allogreffe vasculaire de veine saphène conservée entre + 2 et + 8 °C.	275 197	275 197

Autre allogreffe vasculaire (artère ou veine autre que veine saphène)

Les greffons les plus fréquemment prélevés sont les greffons aortiques (aorte thoracique ou abdominale), les artères illiaques, axe ilio-fémoral, axe fémoro-poplité, carrefour aorto-bi-iliaque +/- artère fémorale +/- aorte abdominale. Les artères sont prélevées au bloc opératoire chez des sujets en état de mort encéphalique.

La prise en charge des greffons artériels est assurée :

- lors de pontage en milieu infecté ;
- lors de reprise de pontage après infection ;
- pour les pontages sous-poplités en l'absence de veine autologue.

La prise en charge est assurée pour les greffons, artère ou veine autre que veine saphène suivants :

Code	BANQUES DE TISSUS	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3318151	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée.	219 860	219 860
3363252	Allogreffe vasculaire, non saphène, cryoconservée, AP-HP, Saint-Louis Paris. Allogreffe vasculaire non saphène de la banque de tissus de l'hôpital Saint-Louis.	324 300	324 300

Chapitre IV. - Dispositifs médicaux implantables actifs (Nomenclature et tarifs)

Seuls sont pris en charge les dispositifs médicaux implantables actifs et leurs accessoires répondant aux « conditions générales » du présent titre et aux conditions particulières et qui sont expressément inscrits à la nomenclature.

Le prix de vente au public doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Section 1. - Stimulateurs cardiaques

Les recommandations sont celles de la Société française de cardiologie (SFC):

1. Formation du médecin implanteur de stimulateurs cardiaques « classiques »:

Cette formation doit associer:

- médecin spécialiste en cardiologie. L'implantation des appareils peut éventuellement être réalisée par un praticien non cardiologue, mais en collaboration effective avec un cardiologue ayant la formation décrite ci-après ;
- compétence en électrophysiologie diagnostique;
- diplôme inter-universitaire de stimulation cardiaque ou équivalence officielle à ce diplôme.

2. Personnel médical et paramédical :

- le centre est dirigé par un cardiologue ayant satisfait aux critères de formation (cf. paragraphe 1);
- une infirmière diplômée d'État ayant reçu une formation spécifique, doit obligatoirement être présente en cours d'intervention.

3. Locaux et équipements techniques:

- salle d'implantation : salle d'opération ou salle d'électrophysiologie disposant des caractéristiques d'asepsie et de sécurité d'un bloc;
- équipement radiologique: au minimum un amplificateur de brillance disposant d'un champ compris entre 18 et 23 cm et une table avec plateau mobile;
- enregistreur multipiste comprenant au moins 6 voies dont 3 sont réservées à l'enregistrement des dérivations de surface. Les 3 autres sont munies de filtre passe-haut et passe-bas adaptés. La vitesse de déroulement doit atteindre au moins 100 mm/s avec marqueur de temps. Il est souhaitable que l'appareil comporte une voie d'enregistrement de la pression intra-artérielle. Cet enregistreur doit être connecté à un écran de visualisation multitraces et peut être relié à un système de stockage des données;
- système de mesure du seuil de stimulation per-opératoire, en tension et en durée, avec durée d'impulsion réglable;
- système d'analyse des stimulateurs comportant un période-mètre sensible à la milliseconde et un fréquence-mètre d'une sensibilité minimale de 0,1 coup/min, adapté à l'analyse des appareils double chambre;
- programmeurs correspondant aux différents types d'appareils couramment implantés ou surveillés dans le centre ;
- équipements nécessaires à la réalisation d'investigations complémentaires cardiologiques (cf, paragraphe 5).

4. Complémentarités dans l'établissement:

- anesthésiste;
- unité de soins intensifs, surveillance continue: une structure de soins intensifs ou de surveillance continue cardiologiques, proche de la salle d'implantation est indispensable pour la surveillance post-opératoire des patients en cas de procédure complexe.

5. Activité du centre :

- le nombre annuel d'implantations ne doit pas être inférieure à 50 pour un centre et 20 pour un opérateur;
- un centre doit être à même d'implanter tous les types de stimulateurs actuellement disponibles, conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil;
- l'ensemble des activités associées à la mise en place des stimulateurs cardiaques doit pouvoir être assuré par le centre;
- exploration à but diagnostique, Holter, électrophysiologie endocavitaire, tests d'inclinaison, tests d'effort, échocardiographie;
- programmation optimale des appareils en sachant utiliser les techniques complémentaires éventuellement nécessaires: Holter, tests d'effort, échocardiographie;
- consultations spécialisées permettant le suivi des patients.

6. Évaluation de l'activité du centre:

- le centre de stimulation doit disposer d'un fichier patients permettant la conservation des données relatives à l'indication de l'appareillage (avec les éléments cliniques et paracliniques qui ont permis de l'établir), au matériel implanté et à la programmation initiale.

Les stimulateurs cardiaques doivent donc être implantés par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères susdécrits.

Pour être pris en charge, le stimulateur cardiaque doit être garanti par le fabricant pendant 4 années. Le fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat du stimulateur implanté en cas de dysfonctionnement de l'appareil.

Sous-section 1 : Stimulateurs cardiaques simple chambre

La prise en charge des stimulateurs SSI est assurée dans les situations suivantes:

- stimulateurs mono chambre atrial (AAI): dysfonction du noeud sinusal si la conduction auriculo-ventriculaire est normale et la fonction chronotrope également;
- stimulateur mono chambre ventriculaire (VVI): bloc auriculo-ventriculaire nécessitant une stimulation ventriculaire définitive en l'absence d'insuffisance chronotrope; si l'oreillette n'est pas stimuable ou non détectable de façon prédominante.

La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:

- modes de stimulation programmables: SOO, SSI;
- fréquence programmable;
- amplitude des impulsions programmable;
- sensibilité programmable;
- période réfractaire programmable;
- hystérésis ;
- fonctions mémoires: statistiques de fonctionnement;
- protection contre les emballements;

- télémetrie bidirectionnelle;
- mesure de l'impédance de la sonde;
- présence d'un indicateur fin de vie;
- longévité > 5 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min⁻¹ - 100 % stimulation SSI - 500 ohms + 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3451714	Stimulateur cardiaque simple chambre, type SSI (AAI et VVI)	183 524	183 524

Sous-section 2 : Stimulateurs cardiaques simple chambre à fréquence asservie

La prise en charge des stimulateurs SSIR est assurée dans les situations suivantes :

- stimulateurs mono chambre atrial asservi (AAIR) : dysfonction du noeud sinusal avec insuffisance chronotrope, si la conduction auriculo-ventriculaire est normale en l'absence de toute cardiopathie évolutive;
- stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré avec insuffisance chronotrope; si l'oreillette n'est pas stimulable ou non détectable de façon prédominante.

La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:

- modes de stimulation programmables : SOO, SSI, SSIR ;
- capteur à paramètres programmables ;
- fréquence de base programmable ;
- fréquence maximale programmable ;
- amplitude des impulsions programmable ;
- durée des impulsions programmable ;
- sensibilité programmable ;
- période réfractaire programmable ;
- protection contre les emballements ;
- fonctions mémoires: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes) ;
- télémetrie bidirectionnelle ;
- mesure de l'impédance de la sonde ;
- présence d'un indicateur fin de vie ;
- longévité > 5 ans dans les conditions suivantes : 2,5 V - 0,5 ma - 70 min⁻¹ - 100 % stimulation SSIR - 500 ohms \pm 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3442750	Stimulateur cardiaque simple chambre fréquence asservie, type SSIR (VVIR/AAIR)	303 294	303 294

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants sous les numéros de codes spécifiés :

Société Biotronik France (BIOTRONIK)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	----------------	---------------------

3414506	<p>Stimulateur cardiaque simple chambre fréq.asserv., BIOTRONIK, EVIA SR-T.</p> <p>Stimulateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie (SSIR) équipé d'un système de télétransmission nommé Télécardiologie ou Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France.</p> <p>La prise en charge de ce stimulateur est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimulateurs mono chambre atrial asservi (AAIR) : dysfonction du nœud sinusal avec insuffisance chronotrope, si la conduction auriculo-ventriculaire est normale en l'absence de toute cardiopathie évolutive ; - stimulateur mono chambre ventriculaire asservi (VVIR) : bloc auriculo-ventriculaire du 2e ou du 3e degré avec insuffisance chronotrope ; si l'oreillette n'est pas stimuable ou non détectable de façon prédominante. <p>Le système de télétransmission nécessite des conditions particulières d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - la rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant : - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient, y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; <p>les modalités de recueil du consentement du patient ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ; - la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; - si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées ; - la rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif 	363 294	363 294
---------	---	---------	---------

<p>La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières :</p> <p>Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - patient apyrétique ; - patient de taille $\geq 1,40$ m ; - système de stimulation implanté ≥ 6 semaines ; - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; - seuil de stimulation $\leq 2,0$ V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ; - patient couché sur le dos ; - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; - durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes ; - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM = 2,0 W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM $\leq 3,2$ W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ; - surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO₂, pression sanguine, ECG. <p>Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible.</p> <p>La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite - en l'absence d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. 		
---	--	--

Sous-section 3 : Stimulateurs cardiaques VDD ou VDDR

▪ **La prise en charge des stimulateurs VDD ou VDDR est assurée dans les situations suivantes:**

Bloc auriculo-ventriculaire symptomatique (essoufflement, inadaptation à l'effort, syncope,...) ne nécessitant qu'une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée) :

- lorsque la fonction sinusale est normale et prédominante;
- et que la fonction chronotrope sinusale est normale;
- et qu'il n'y a pas de nécessité de stimuler l'oreillette, même à des fréquences inférieures à 60 battements par minute la nuit.

▪ **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:**

- modes de stimulation programmables: VOO, VVI, VDD;
- fréquence de base programmable;
- fréquence maximale programmable;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable;
- durée des impulsions ventriculaires programmable;
- sensibilité atriale programmable;
- sensibilité atriale < 0,5 mV;
- délai auriculo-ventriculaire programmable;
- période réfractaire programmable;
- fonctions mémoires: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes);
- télémétrie bidirectionnelle;
- mesure de l'impédance de la sonde;
- présence d'un indicateur fin de vie;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min⁻¹ - 100 % stimulation VDD(R) - 500 ohms \pm 1 %.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3444364	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde, type VDD	275 286	275 286
3488864	Stimulateur cardiaque double chambre monosonde à fréquence asservie, type VDDR	338 459	338 459

Sous-section 4 : Stimulateurs cardiaques double chambre

▪ **La prise en charge des stimulateurs DDD est assurée dans les situations suivantes:**

Bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente :

- lorsque la fonction sinusale est prédominante et normale et la détection atriale stable;
- et que la fonction chronotrope est normale à l'effort;
- et qu'une stimulation atriale est nécessaire aux fréquences basses (< 60 bpm).

La fibrillation auriculaire chronique et permanente n'est pas une indication de la stimulation double chambre.

▪ **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes:**

- modes de stimulation programmables: SOO, SSI, DOO, DDI, DDD;
- fréquence de base programmable;
- fréquence maximale programmable;
- sensibilité atriale programmable;
- sensibilité ventriculaire programmable;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable;
- délai auriculo-ventriculaire programmable;
- amplitude des impulsions atriales programmable;
- durée des impulsions atriales programmable;
- durée des impulsions ventriculaires programmable;
- périodes réfractaires programmables dans les deux canaux (atrial et ventriculaire);
- protection contre les phénomènes d'écoute croisée;
- fonctions mémoire: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes);
- télémétrie bidirectionnelle;
- mesures des impédances des sondes;
- indicateur fin de vie ;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes: 2,5 V - 0,5 ms - 70 min⁻¹ - 100 % stimulation DDD - 500 ohms \pm 1%.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3405565	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDD	305 874	305 874

Sous-section 5 : Stimulateurs cardiaques double chambre à fréquence asservie

▪ **La prise en charge des stimulateurs DDDR est assurée dans les situations suivantes :**

- Bloc auriculo-ventriculaire du 2° ou du 3° degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée):
 - chez le patient ayant une insuffisance chronotrope, lorsque le maintien d'une activité physique est possible ;
 - et si l'oreillette est stimulable de façon prédominante.
- Dysfonction du noeud sinusal avec insuffisance chronotrope associée soit à des anomalies de la conduction auriculo-ventriculaire, soit à une maladie rythmique atriale. La fibrillation auriculaire chronique et permanente n'est pas une indication de la stimulation double chambre.

▪ **La prise en charge est assurée sous réserve des spécifications techniques minimales suivantes :**

- modes de stimulation programmables: SOO, SSI, VVIR, DOO, DDI, DDIR, DDD, DDDR ;
- capteur à paramètres programmables ;
- fréquence de base programmable ;
- fréquence maximale programmable ;
- sensibilité atriale programmable ;
- sensibilité ventriculaire programmable ;
- amplitude des impulsions ventriculaires programmable ;
- délai auriculo-ventriculaire programmable ;
- amplitude des impulsions atriales programmable ;
- durée des impulsions atriales programmable ;
- durée des impulsions ventriculaires programmable ;
- périodes réfractaires programmables ;
- protection contre les phénomènes d'écoute croisée ;
- fonctions mémoire: fonctions statistiques (compteurs et histogrammes) ;
- télémétrie bidirectionnelle ;
- mesures des impédances des sondes ;
- présence d'un indicateur fin de vie ;
- longévité > 4 ans dans les conditions suivantes : 2,5 V - 0,5 ms - 70 min⁻¹ - 100 % stimulation DDDR - 500 ohms \pm 1 %.

Génériques

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3489875	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDDR	363 226	363 226

La prise en charge est, en outre, assurée sous nom de marque pour les stimulateurs cardiaques suivants sous les numéros de codes spécifiés :

Société Biotronik France (Biotronik)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3472685	<p>Stimulateur cardiaque double chambre fréq.asserv., BIOTRONIK, EVIA DR-T.</p> <p>Stimulateur cardiaque double chambre à fréquence asservie (DDDR) équipé d'un système de télétransmission nommé Télécardiologie ou Home Monitoring, de la société BIOTRONIK France.</p> <p>La prise en charge de ce stimulateur est assurée en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dysfonction du nœud sinusal avec insuffisance chronotrope associée soit à des anomalies de la conduction auriculo-ventriculaire, soit à une maladie rythmique atriale ; - bloc auriculo-ventriculaire du 2e ou du 3e degré nécessitant une stimulation ventriculaire permanente ou intermittente (si la conduction auriculo-ventriculaire est préservée) ; - chez le patient ayant une insuffisance chronotrope, lorsque le maintien d'une activité physique est possible ; - et si l'oreillette est stimuable de façon prédominante. <p>Le système de télétransmission nécessite des conditions particulières d'utilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ; - la rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant : - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; - les modalités de recueil du consentement du patient ; - la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ; - la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; - si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et de confidentialité des données transmises et conservées. - la rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif. 	423 226	423 226
---------	--	---------	---------

	<p>La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières :</p> <p>Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ; - vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; <p>patient porteur d'aucun autre appareil implanté ;</p> <p>patient apyrétique ;</p> <p>patient de taille $\geq 1,40$ m ;</p> <p>système de stimulation implanté ≥ 6 semaines ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; <p>seuil de stimulation $\leq 2,0$ V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ; <p>patient couché sur le dos ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; <p>durée totale de l'examen IRM ≤ 30 minutes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM $\leq 2,0$ W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM $\leq 3,2$ W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ; - surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO₂, pression sanguine, ECG. <p>Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen.</p> <p>L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible. La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation :</p> <p>une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du transmetteur, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ; <p>en l'absence d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; - un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. 		
--	--	--	--

Sous-section 6 : Stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dits "triple chambre"

L'unité d'implantation doit répondre aux conditions suivantes :

1/ Disposer d'un personnel médical et paramédical comme suit :

- personnel médical : l'équipe est dirigée par un cardiologue ayant satisfait aux critères de formation définis au point 4 ci-après et comporte plusieurs médecins satisfaisant aux mêmes conditions ;
- personnel paramédical : le personnel de la salle d'implantation et un infirmier ou une infirmière ayant reçu une formation spécifique d'un mois minimum, obligatoirement présent(e) au cours de l'intervention.

2/ Disposer d'un environnement technologique pour l'implantation et le réglage des appareils comme suit :

- salle d'implantation : salle d'opération ou salle d'électrophysiologie disposant des caractéristiques d'asepsie et de sécurité d'un bloc opératoire ;
 - équipement radiologique : amplificateur de brillance disposant d'un champ compris entre 18 et 23 cm, avec arceau mobile permettant de pratiquer des vues obliques ; table avec plateau mobile ;
- possibilité de réaliser des angiographies sélectives du sinus coronaire et de mémoriser les images ;
- enregistreur multipiste possédant les spécifications suivantes, ou une technologie plus évoluée :
 - six voies, dont trois sont réservées à l'enregistrement de l'ECG de surface ; les trois autres sont munies de filtres passe-haut et passe-bas adaptés ;
 - la vitesse de déroulement doit atteindre au moins 100 mm/s avec marqueur de temps ;
 - connexion à un écran de visualisation multitraces ;
 - liaison à un système de stockage des données ;
- système de mesure du seuil de stimulation per-opératoire, en tension et en durée, avec durée d'impulsion réglable ;
- programmeurs correspondant aux différents types d'appareils implantés et surveillés dans le centre.

3/ Assurer l'ensemble des activités associées à la mise en place des stimulateurs cardiaques triple chambre, en particulier :

- activités permettant la programmation optimale des appareils en sachant utiliser les techniques complémentaires éventuellement nécessaires, notamment échocardiographie-doppler, tests d'effort ;
- consultations spécialisées organisées pour les suivis technique et clinique des patients implantés ;
- être à même d'implanter tous les types de stimulateurs actuellement disponibles conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil.

4/ Justifier d'une activité :

- nombre minimal d'implantation par an et par centre (primo-implantations et remplacement de boîtiers) : 100 implantations de stimulateurs (et de 30 par opérateur dans l'unité) de tous types confondus actuellement disponibles conformément aux indications établies pour chaque type d'appareil.

5/ S'engager à participer aux actions d'évaluation, notamment :

- disposer d'un fichier des patients permettant la conservation des données relatives à l'indication de l'appareillage (avec les éléments cliniques et para-cliniques qui ont permis de l'établir) au matériel implanté et à la programmation initiale. Ce fichier doit être accessible 24 heures sur 24 ;
- remplir systématiquement une carte européenne à chaque implantation ;

- participer au protocole commun d'étude de suivi des stimulateurs cardiaques implantables triple chambre.

6/ Les praticiens formés à la technique doivent répondre aux exigences suivantes :

- être cardiologue qualifié ;
- avoir une compétence en électrophysiologie diagnostique et interventionnelle ;
- connaître la technique de resynchronisation cardiaque, en particulier pour l'implantation des sondes de stimulation ventriculaire gauche.

7/ Suivi des implantations : les organismes d'assurance maladie transmettent régulièrement aux directeurs des ARH les données des stimulateurs triple chambre implantés pris en charge.

Pour être pris en charge le stimulateur cardiaque triple chambre doit être garanti par le fabricant pendant quatre années.

Le fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat du stimulateur triple chambre explanté en cas de dysfonctionnement de l'appareil, pendant le délai de garantie, sans préjudice de tout recours qui pourrait intervenir.

Indications de prise en charge :

Les stimulateurs cardiaques triple chambre sont indiqués pour une resynchronisation cardiaque par stimulation atriobiventriculaire en cas d'insuffisance cardiaque sévère (classe III- IV de la NYHA), malgré un traitement médical optimal, chez des patients en rythme sinusal, avec complexes QRS > 120 ms sur l'ECG, fraction d'éjection ventriculaire gauche ≤ 35 % et diamètre télédiastolique ventriculaire gauche > 27 mm/m² de surface corporelle.

La prise en charge est assurée pour les stimulateurs cardiaques triple chambre suivants :

Biotronik France

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3409876	Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, BIOTRONIK, STRATOS LV	BIOTRONIK FRANCE	480 000	480 000
3490513	Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, BIOTRONIK, STRATOS LVT	BIOTRONIK FRANCE	480 000	480 000

3459644	<p>Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, BIOTRONIK, EVIA HF-T, stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atriobiventriculaire pour resynchronisation, dit « triple chambre » équipé du système HOME MONITORING de la société BIOTRONIK France</p> <p>La prise en charge de ce stimulateur nécessite des conditions particulières :</p> <p>Les IRM réalisées avec le stimulateur EVIA doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 Tesla ; - la vitesse de balayage ne doit pas dépasser 216 T/m/s ; - aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en œuvre ; - sonde et stimulateur cardiaque compatibles ProMRI ; - patient porteur d'aucun autre appareil implanté ; - patient apyrétique ; - patient de taille = 1,40 m ; - système de stimulation implanté = 6 semaines ; - système de stimulation implanté dans la région pectorale ; - seuil de stimulation = 2,0 V pour une durée d'impulsion de 0,4 ms ; - impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 Ohms ; - patient couché sur le dos ; - respect de la zone de positionnement autorisé (zone d'exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ; - durée totale de l'examen IRM = 30 minutes ; - débit d'absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM = 2,0 W/kg ; - débit d'absorption de la tête affiché par le scanner IRM = 3,2 W/kg ; - équipement d'urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ; - surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l'examen IRM en saisissant au moins l'un des paramètres suivants : SaO2, pression sanguine, ECG. <p>Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l'examen IRM puis déprogrammé à l'issue de l'examen. L'intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible.</p>	BIOTRONIK FRANCE	564 000	564 000
---------	---	---------------------	---------	---------

<p>La télésurveillance médicale de stimulateur cardiaque implantable nécessite des conditions particulières d'utilisation :</p> <p>La rédaction d'un protocole entre la société BIOTRONIK France et le médecin assurant la prise en charge du patient précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient, y compris en cas d'alerte ; - l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ; - les modalités de recueil du consentement du patient ; - la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ; - la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société BIOTRONIK France ; - le rôle du médecin et celui de la société BIOTRONIK France à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ; - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et BIOTRONIK France en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ; - si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ; - les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ; - les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées. <p>La rédaction par la société BIOTRONIK France d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif.</p> <p>Une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin.</p> <p>Des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite.</p> <p>En l'absence d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ; un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention. 			
--	--	--	--

Boston Scientific SAS (BOSTON)

code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3464421	Stimulateur cardiaque triple chambre, BOSTON, CONTAK RENEWAL TR2. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants: H140 et H145. La prise en charge du modèle H145 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté.	BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)	480 000	480 000
3424781	Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INVIVE CRT-P. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : W172 : modèle à connecteur non conforme aux normes européennes ; W173 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes. La prise en charge du modèle W172 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté	BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)	480 000	480 000
3410460	Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INLIVEN CRT-P, modèle W274. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - W274 : modèle à connecteur non conforme aux normes européennes. La prise en charge du modèle W274 est limitée aux cas de remplacement de matériel pour les patients auxquels ce modèle a déjà été implanté	BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)	480 000	480 000
3482301	Stimulateur cardiaque triple chambre, Boston, INLIVEN CRT-P, modèle W275. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - W275 : modèle à connecteur conforme aux normes européennes	BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)	480 000	480 000

Medtronic France SAS

code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3478854	Stimulateur cardiaque triple chambre, MEDTRONIC, INSYNC III. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant: 8042.	MEDTRONIC FRANCE SAS	480 000	480 000
3402041	Stimulateur cardiaque triple chambre, MEDTRONIC, Consulta CRT- P. La prise en charge est assurée pour le modèle suivant : C3TR01.	MEDTRONIC FRANCE SAS	480 000	480 000

Saint-Jude médical France SAS (ST JUDE)

code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3419610	Stimulateur cardiaque triple chambre, ST JUDE, FRONTIER II, modèle 5596.	ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS (ST JUDE)	480 000	480 000
3449002	Stimulateur cardiaque triple chambre, St Jude, ANTHEM. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio- biventriculaire pour resynchronisation, dit " triple chambre " ANTHEM, de la société St Jude Medical France. La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : PM3112 et RF PM3212.	ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS (ST JUDE)	480 000	480 000
3424462	Stimulateur cardiaque triple chambre, SAINT JUDE, ALLURE QUADRA. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation, dit «triple chambre» ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, de la société Saint Jude Medical France. Modalités de prescription et d'utilisation : ALLURE QUADRA et ALLURE QUADRA RF, étant exclusivement compatibles avec une sonde ventriculaire gauche quadripolaire, doivent être prescrits chez les patients avec indications retenues pour resynchronisation cardiaque : - soit en primo-implantation chez un patient indiqué pour l'implantation d'un stimulateur de resynchronisation; - soit en remplacement d'un stimulateur cardiaque simple, double ou triple chambre avec ajout d'une sonde ventriculaire gauche quadripolaire si cette dernière n'est pas déjà implantée. Références prises en charge : ALLURE QUADRA : PM3140. ALLURE QUADRA RF : PM3242.	ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS (ST JUDE)	480 000	480 000
3451810	Stimulateur cardiaque de resynchronisation ventriculaire, SAINT JUDE, ALLURE. Stimulateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-biventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » ALLURE et ALLURE RF de la société Saint Jude Medical France. Références prises en charge : ALLURE : PM3120 ALLURE RF : PM3222.	ST-JUDE MEDICAL FRANCE SAS (ST JUDE)	480 000	480 000

Sorin Group France

code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3410388	Stimulateur cardiaque triple chambre, Sorin, NEWLIVING CHF.	SORIN GROUP FRANCE	480 000	480 000

Vitatron France

code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436896	Stimulateur cardiaque triple chambre, Vitatron France, CRT 8000, modèle RT 8000.	VITATRON FRANCE	480 000	480 000

Section 2. - Sondes de stimulation cardiaque implantables

Pour qu'une sonde de stimulation soit prise en charge, son fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat de la sonde explantée, en cas de dysfonctionnement de celle-ci.

Pour être prise en charge, une sonde de stimulation doit être garantie cinq ans, quel que soit le boîtier auquel elle est associée.

Les conditions d'utilisation et de prescription, de même que les indications des sondes de stimulation sont celles des boîtiers auxquels elles sont connectées (stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques implantables).

Sondes épicaudiques

Ces sondes doivent être conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.

Les sondes épicaudiques sont prises en charge en cas de:

- implantation lors d'une intervention de chirurgie cardiaque;
- impossibilité d'abord endocavitaire (problème veineux, cardiopathie contre-indiquant la voie endocavitaire, prothèse tricuspide mécanique, endocardite évolutive, échec de la voie endocavitaire principalement pour les sondes gauches);
- stimulation pédiatrique (poids < 10 kg).

Les sondes avec stéroïde sont contre-indiquées en cas d'hypersensibilité à la dexaméthasone.

Dans les cas des sondes vissées ou à crochet, la sonde doit être conditionnée au minimum avec le système permettant sa fixation éplicardo-myocardique (manchon de support).

La prise en charge est assurée dans la limite:

- d'une unité par patient, si le boîtier implanté est un stimulateur monochambre SSI(R), ou un système «mixte » (éplicardique/endocavitaire) : stimulateur ou défibrillateur double chambre, stimulateur ou défibrillateur triple chambre;
- de 2 unités par patient, si le boîtier implanté est un stimulateur double chambre DDD(R);
- de 3 unités par patient si le boîtier implanté est un stimulateur triple chambre.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3427986	Sondes éplicardiques uni ou bipolaires, stim. droite ou gauche. Sondes éplicardiques uni ou bipolaires, avec ou sans stéroïde, à fixation par vis, crochet ou suture pour stimulation cardiaque droite ou gauche.	64 800	64 800

Sondes endocavitaires

Les sondes endocavitaires sont contre-indiquées en cas de:

- sténose de la valve tricuspide;
- prothèse tricuspide mécanique;
- impossibilité d'abord veineux supérieur (dans certains cas exceptionnels, une implantation par abord fémoral peut néanmoins être envisagée);
- endocardite évolutive;
- hypersensibilité à la dexaméthasone (pour les sondes avec élution de stéroïde).

A. Sondes endocavitaires pour stimulation cardiaque droite

La sonde doit être fournie au minimum avec le matériel spécifique nécessaire à sa manipulation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436956	Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDD(R). Sondes atrioventriculaires pour stimulation VDD(R), conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient	64 800	64 800

3416340	Sondes stim. atriale ou ventriculaire droite hors VDD, bipolaires. Sondes pour stimulation atriale ou ventriculaire droite (à l'exclusion des sondes pour stimulation VDD), bipolaires, à vis ou à barbillons non résorbables, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur, quelle que soit la surface de l'électrode de stimulation. Ces sondes doivent être utilisées systématiquement pour la stimulation atriale droite et peuvent être utilisées en stimulation ventriculaire droite. La prise en charge est assurée: dans la limite d'une unité par patient, pour toute connexion à un stimulateur de type SSI (R) ou tout défibrillateur double ou triple chambre; dans la limite de deux unités par patient pour toute connexion à un stimulateur de type DDD(R) ou triple chambre.	64 800	64 800
3402271	Sondes stim. ventriculaire droite hors VDD, unipolaires. Sondes pour stimulation ventriculaire droite (à l'exclusion des sondes pour stimulation VDD), unipolaires, à vis ou à barbillons non résorbables, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur, quelle que soit la surface de l'électrode de stimulation. Ces sondes ne doivent pas être utilisées en stimulation atriale droite. La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient pour toute connexion à un stimulateur de type VVI(R), DDD(R), ou triple chambre.	64 800	64 800

B. Sondes endocavitaires pour stimulation ventriculaire gauche

Pour être prises en charge les sondes transveineuses de stimulation ventriculaire gauche doivent présenter en plus les spécifications techniques minimales suivantes :

- être utilisables par voie veineuse exclusivement;
- être d'une longueur de 58 cm au moins;
- être utilisables avec un système de pose destiné à l'implantation;
- avoir une surface d'électrode distale inférieure ou égale à 8,5 mm². La prise en charge est assurée dans la limite d'une unité par patient.

La sonde doit être fournie au minimum avec:

- 1 chausse-veine;
- 1 olive (ou manchon) de fixation.

Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde

La sonde doit être fournie au minimum avec un jeu de mandrins de 2 rigidités différentes au moins.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3490051	Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, non filoguidées, conformes. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.	102 000	102 000

3498101	Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, non filoguidées, non conformes. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, non filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, non conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est limitée aux cas de remplacement de matériel.	102 000	102 000
---------	---	---------	---------

Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde

La sonde doit être fournie au minimum avec en plus:

- un guide multi-usage type guide d'angioplastie au moins (un guide rigide ou un guide hydrophile peut en plus s'avérer nécessaire);
- un torqueur.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3422486	Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, filoguidées, conformes. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, conformes aux normes européennes de connexion en vigueur.	102 000	102 000
3455534	Sondes transveineuses stim. ventriculaire gauche, filoguidées, non conformes. Sondes transveineuses pour stimulation ventriculaire gauche, filoguidées, avec ou sans élution de stéroïde, non conformes aux normes européennes de connexion en vigueur. La prise en charge est limitée aux cas de remplacement de matériel.	102 000	102 000

Section 3. - Pompes implantables

Paragraphe 1. - Pompes implantables pour chimiothérapie et pour administration intrathécale continue de solution de Baclofène ou d'antalgiques

Génériques

Code	Nomenclatures	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	---------------	----------------	---------------------

3461026 304A03.1	<p>Pompe implantable pour perfusion continue, non programmable.</p> <p>Pompe implantable pour perfusion à débit continu, non programmable, avec ses accessoires (tubulures, cathéters...).</p> <p>La prise en charge de cette référence est assurée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'administration continue de chimiothérapie anticancéreuse dans le traitement des tumeurs primitives du foie ; - l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans les cas d'infirmités motrices cérébrales et de lésions médullaires postraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques. <p>Elle est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sévères sur le système nerveux central ; - et après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène évaluée à partir de l'échelle d'Ashworth et de l'échelle d'évaluation des spasmes ; - lors de la première implantation et lors du renouvellement de la pompe (qu'elle ait été programmable ou non). 	239 650	239 650
3446771 304A03.2	<p>Pompe implantable pour perfusion continue, programmable.</p> <p>Pompe implantable pour perfusion à débit continu, programmable, avec ses accessoires (tubulures, cathéters...).</p> <p>La prise en charge de cette référence est assurée seulement pour l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans les cas d'infirmités motrices cérébrales et de lésions médullaires postraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques.</p> <p>Elle est assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sévères sur le système nerveux central ; - et après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène évaluée à partir de l'échelle d'Ashworth et de l'échelle d'évaluation des spasmes ; - uniquement lors de la première implantation, à l'exclusion des renouvellements. 	786 637	786 637

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3402466	<p>Pompe implantable programmable à débit variable, Medtronic, Synchronomed II. Pompe implantable programmable à débit variable, pour administration de baclofène ou d'antalgiques, Synchronomed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour : - l'administration intrathécale de baclofène dans le traitement des spasticités sévères dans le cas d'infirmités motrices cérébrales, et de lésions médullaires posttraumatiques ou secondaires à une sclérose en plaques, après échec de l'administration orale de baclofène, ou lorsque les doses efficaces provoquent des effets secondaires sur le système nerveux central ; - l'administration intrathécale d'antalgiques dans le traitement des douleurs chroniques intenses réfractaires aux traitements opiacés ou non opiacés administrés par voie systémique. La prise en charge est assurée pour l'administration d'antalgiques ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché pour cette voie d'administration et sous réserve de l'inscription de ces spécialités sur la liste des spécialités remboursables. La prise en charge est assurée selon les conditions d'utilisation et de prise en charge du médicament. Le suivi du patient doit être réalisé par une équipe multidisciplinaire comprenant notamment, dans la prise en charge de la spasticité, un chirurgien et un médecin de médecine physique et de réadaptation et, dans la prise en charge de la douleur, un chirurgien et un médecin expert reconnu d'un centre antidouleur. La pompe est implantée après réalisation de tests permettant de montrer l'efficacité clinique de l'injection intrathécale de baclofène ou d'antalgiques. La prise en charge de SYNCHROMED est assurée lors de la primo-implantation et lors du changement d'une pompe programmable. La pompe implantable Synchronomed II comprend une pompe avec réservoir de 20 ou 40 ml et les autres accessoires nécessaires, hors cathéter. La prise en charge est assurée pour la référence 8637 de la pompe.</p>	742 320	742 320
3463048	<p>Pompe implantable, programmable, Medtronic, Synchronomed II, cathéter. Cathéter pour pompe implantable programmable Synchronomed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : 8731SC, 8709SC, 8780 et 8781</p>	44 310	44 310
3422167	<p>Pompe implantable, programmable, Medtronic, Synchronomed II, télécommande myPTM. Télécommande myPTM pour administration de morphine pour pompe implantable programmable Synchronomed II de la société Medtronic France SAS. La prise en charge de la télécommande permettant une autoanalgésie contrôlée par le patient est assurée uniquement en cas d'administration de morphine, en fonction des modalités d'utilisation du médicament. La prise en charge est assurée pour la référence 8835.</p>	121 504	121 504

Paragraphe 2. - Pompes à insuline implantables

La prise en charge est assurée pour :
- l'administration d'insuline par voie intrapéritonéale.

La prise en charge est assurée pour la pompe suivante :

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3437157	Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT-2007D, renouv. Renouvellement de pompe implantable pour administration d'insuline par voie intrapéritonéale, MMT-2007D, de la société Medtronic France SAS. La pompe implantable MMT-2007D est réservée exclusivement à l'injection d'INSUPLANT. La pompe implantable MMT-2007D comprend le holster référencé MMT-4116. La prise en charge est assurée uniquement en remplacement des pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.	2 356 026	2 356 026
3455103	Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT, renouv cathéter. Renouvellement de cathéter à port d'accès latéral pour pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée pour les références MMT-4024, MMT-4024A, MMT-4027 et MMT-4027A.	192 432	192 432
3430511	Pompe implant, insuline en intrapéritonéale, Medtronic, MMT, renouv communicat. Renouvellement de communicateur pour pompes MMT-2007A, MMT-2007B, MMT-2007C et MMT-2007D implantées avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, de la société Medtronic France SAS. La prise en charge est assurée en cas de renouvellement des pompes MMT-2007A et MMT- 2007B.	208 890	208 890

Section 4. - Neurostimulateur médullaire quadripolaire implantable

Société Boston Scientific Sa (Boston)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC

3476559	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION, système complet + accessoires. Le système complet PRECISION : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence M365SC1110020.	2 376 900	2 376 900
3494400	Neurostimulateur médullaire, BOSTON, PRECISION, système complet + accessoires. Le système complet PRECISION : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence M365SC1110020.	1 944 384	1 944 384
3466532	Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, BOSTON, LINEAR. La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie percutanée suivantes : - LINEAR : M365SC2138300, M365SC2138500 et M365SC2138700. - LINEAR Stimulating Tip Enhanced Stylet : M365SC2218300, M365SC2218500, M365SC2218700 et M365SC221850T0. - LINEAR Enhanced Stylet : M365SC2158300, M365SC2158500, M365SC2158700 et M365SC215850T0. - LINEAR. 3-4 / M365SC2352500 et M365SC2352700. - LINEAR. 3-4 Trial : M365SC235250E0. - LINEAR. 3-6 : M365SC2366300, M365SC2366500 et M365SC2366700.	78 000	78 000
3487557	Neurostimulateur médullaire, l'électrode décahexapolaire, BOSTON, ARTISAN. La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie chirurgicale suivantes : - ARTISAN Slotted Contact : M365SC8120500, M365SC8120700, M365SC8216500 et M365SC8216700.	78 000	78 000
3417048	Neurostimulateur médullaire, électrode décahexapolaire, BOSTON, INFINION. Sonde décahexapolaire percutanée INFINION pour neurostimulateur médullaire PRECISION, de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS. La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie percutanée suivantes : - sonde INFINION 16 contacts : - longueur 50 cm, M365SC2316500 ; - longueur 70 cm, M365SC2316700 ; - sonde INFINION 16 contacts TRIAL - longueur 50 cm, M365SC231650E0.	78 000	78 000

Société Medtronic France SAS (MEDTRONIC)

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de:

- douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :

- des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies);
- une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale;
- une amputation (algo-hallucinoïse);
- un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques),
- douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.

La prise en charge est subordonnée:

- à la validation de l'indication;
- à la réalisation d'un test de stimulation d'une durée minimale de 10 jours, avec «retour au domicile souhaité» préalable à l'implantation avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients, montrant une diminution de la douleur au moins égale à 50 %;
- au suivi postimplantation du patient, par une structure de lutte contre les douleurs chroniques rebelles, et :
- à la pose de l'implant par une équipe formée à ce geste.

Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de quatre ans et demi à compter de la précédente prise en charge.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3436749 304A04.2	Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, ITREL 3. Le système complet: stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, programmeur patient...) ITREL3 pour primo-implantation. Neurostimulateur médullaire quadripolaire.	682 200	682 200
3480294 304A04.3	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, ITREL 3. Le stimulateur ITREL.3 en cas de renouvellement. Neurostimulateur médullaire quadripolaire.	646 200	646 200

3482181	<p>Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, ITREL 4.</p> <p>Description et compatibilités :</p> <p>ITREL 4 est un neurostimulateur médullaire quadripolaire pour primo- implantation.</p> <p>Le système complet comprend un stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, programmeur patient MyStim 37746...).</p> <p>Le système ITREL 4 comprend un stimulateur simple canal et une source d'alimentation non rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une sonde quadripolaire (via une extension) implantée par voie percutanée ou par laminectomie. Le stimulateur ITREL 4 possède un système de communication par télémetrie qui reçoit et décode les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient.</p> <p>ITREL 4 possède une plate-forme technique permettant d'obtenir des résolutions plus fines en termes d'amplitude, de fréquence et de durée d'impulsion. Il est compatible avec la réalisation d'IRM cérébrale, dans des conditions spécifiques notifiées dans le manuel destiné aux prescripteurs nommé « Thérapie Medtronic contre la douleur ? Neurostimulation contre la douleur chronique ».</p> <p>Le programmeur MyStim délivré au patient (réf. : 37746) dispose d'une interface visuelle numérique permettant de visualiser le niveau de stimulation et l'état de la pile.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le modèle 37703 possède un connecteur à deux orifices (comme ITREL 3). <p>Cette référence peut être utilisée pour remplacer un stimulateur ITREL 3 préalablement implanté.</p> <p>Le modèle 37704 possède un connecteur à un orifice. Cette référence est destinée à être utilisée en primo-implantation en association avec l'extension 37083 à connecteur simple qui est par ailleurs compatible avec les neurostimulateurs RESTORESENSOR, RESTOREADVANCED et PRIMEADVANCED.</p>	682 200	682 200
3451275	<p>Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, ITREL 4.</p> <p>Renouvellement du stimulateur ITREL 4.</p>	646 200	646 200
3427851	<p>Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, RESTORE.</p> <p>Le système complet RESTORE : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un stimulateur ITREL 3 ; - ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs). <p>La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication.</p>	2 502 000	2 502 000
3422084	<p>Neurostimulateur médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, RESTORE.</p> <p>Le neurostimulateur RESTORE de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un stimulateur ITREL 3 ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs).</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RESTORE ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire quelle que soit la marque.</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation test.</p>	2 046 720	2 046 720

3455215	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED, système complet + accessoires. Le système complet RestoreADVANCED : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur, ...) pour primo- implantation.</p> <p>1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. <p>L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication.</p> <p>3. Références prises en charge : 37713</p>	2 502 000	2 502 000
---------	--	-----------	-----------

3400177	<p>Neurostimulateur médulaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires.</p> <p>Le système complet RestoreADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médulaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p>	2 502 000	2 502 000
---------	---	-----------	-----------

	<p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97713.</p>		
3455511	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement.</p> <p>Le neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p>	2 046 720	2 046 720

	<p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p> <p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97713</p>		
--	--	--	--

3474804	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreADVANCED, renouvellement. Le neurostimulateur RestoreADVANCED de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinoïse) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure).</p> <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; ou - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreADVANCED ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test.</p>	2 046 720	2 046 720
---------	--	-----------	-----------

3453417	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA, système complet + accessoires. Le système complet RestoreULTRA : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation.</p> <p>1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; <p>une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou post-chirurgicale ;</p> <p>une amputation (algo-hallucinoïse) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long-terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent du responsable de la validation de l'indication.</p> <p>3. Références prises en charge : 37712</p>	2 502 000	2 502 000
---------	---	-----------	-----------

3436910	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, système complet + accessoires.</p> <p>Le système complet RestoreULTRA SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. 	2 502 000	2 502 000
---------	---	-----------	-----------

	<p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p> <p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97712</p>		
3458314	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA SURESCAN MRI, renouvellement.</p> <p>Le neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p>	2 046 720	2 046 720

	<p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreULTRA SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p> <p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97712</p>		
--	---	--	--

3426981	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreULTRA, renouvellement. Le neurostimulateur RestoreULTRA de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinoze) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. <p>L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreULTRA ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable.</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test.</p>	2 046 720	2 046 720
---------	--	-----------	-----------

3454457	<p>Neurostimu. médullaire, système complet + accessoires, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED.</p> <p>Le système complet PRIMEADVANCED : neurostimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, générateur d'impulsion...) pour primo-implantation.</p> <p>La prise en charge est assurée dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; ▪ une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ; ▪ une amputation (algo-hallucinoïse) ; ▪ un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ; - les douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, de type artérite de stade III, IV. <p>Elle est subordonnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à une prise en charge médicale multidisciplinaire : <p>dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ;</p> <p>implantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ; - à la validation de l'indication qui implique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; ▪ l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; ▪ le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; ▪ la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50%. <p>La prise en charge est assurée pour la référence 37702.</p>	1 251 600	1 251 600
3495462	<p>Neurostimu. médullaire, renouvellement, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED.</p> <p>Le neurostimulateur, PRIMEADVANCED en cas de renouvellement.</p>	1 146 240	1 146 240
3495605	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, système complet + accessoires</p> <p>Le système complet PRIMEADVANCED SURESCAN MRI : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur, ...) pour primo-implantation.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinoïse) ; 	1 251 600	1 251 600

	<p>– un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV.</p> <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu’avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d’utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans le cadre d’une consultation douleur pour la validation de l’indication, l’évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l’adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l’atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l’indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l’état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l’adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l’intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d’un test de stimulation épidurale préalable à l’implantation définitive, d’une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l’implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L’amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d’un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d’une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p> <p>Antenne d’émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d’absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l’équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l’équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l’examen IRM puis déprogrammé à la fin de l’examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97702</p>		
--	---	--	--

3424210	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, renouvellement.</p> <p>Le neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). – Douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV. Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI ne doit être implanté qu’avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d’utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d’une consultation douleur pour la validation de l’indication, l’évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l’adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l’atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l’indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l’état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l’adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l’intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d’un test de stimulation épidurale préalable à l’implantation définitive, d’une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l’implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L’amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d’un neurostimulateur PRIMEADVANCED SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d’une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz.</p>	1 146 240	1 146 240
---------	---	-----------	-----------

	<p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97702</p>		
3420056 304A04.1	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, l'électrode quadripolaire.</p> <p>Electrode quadripolaire PISCES QUAD, RESUME, SYMMIX et ON POINT pour système de neurostimulation médullaire ITREL 3, ITREL 4, PrimeAdvanced Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic.</p>	78 000	78 000
3492044	<p>Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, MEDTRONIC, OCTAD ou SPECIFY.</p> <p>Electrode octopolaire OCTAD ou SPECIFY pour système de neurostimulation PrimeAdvanced, Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Octad (électrode percutanée) : 3876, 3877 et 3878.</p> <p>Specify (électrode chirurgicale) : 3998 et 3999.</p>	78 000	78 000
3468608	<p>Neurostimulateur médullaire, l'électrode octopolaire, MEDTRONIC, VECTRIS SURESCAN MRI.</p> <p>Electrode octopolaire VECTRIS SURESCAN MRI pour système de neurostimulation PRIMEADVANCED SURESCAN MRI, RestoreADVANCED SURESCAN MRI, RestoreULTRA SURESCAN MRI ou RestoreSENSOR SURESCAN MRI de la société Medtronic.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 COMPACT : 977A260, 977A275 et 977A290.</p> <p>VECTRIS SURESCAN MRI 1 × 8 SUBCOMPACT : 977A160, 977A175 et 977A190.</p>	78 000	78 000

3451163	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, système complet + accessoires. Le système complet RestoreSENSOR : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>Indications :</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; une amputation (algo-hallucinose) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post implantation ; <p>implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste.</p> <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; <p>l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable remboursable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volt ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>La prise en charge est subordonnée à la mise en place du système par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent du responsable de la validation de l'indication.</p> <p>3. Références prises en charge : 37714</p>	2 502 000	2 502 000
---------	---	-----------	-----------

3410218	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSensor SURESCAN MRI, système complet + accessoires</p> <p>Le système complet RestoreSENSOR SURESCAN MRI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>1. Indications Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; – une amputation (algo-hallucinoïse) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par : – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou – un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge Une prise en charge médicale multidisciplinaire : – dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; – implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur. Une validation de l'indication qui implique : – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSENSOR SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant : Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m. Radiofréquence : environ 64 MHz.</p>	2 502 000	2 502 000
---------	--	-----------	-----------

	<p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97714</p>		
3482614	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR SURESCAN MRI, renouvellement.</p> <p>Neurostimulateur médullaire RestoreSensor SURESCAN MRI de la société MEDTRONIC en cas de renouvellement.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinoïse) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Afin de garantir la compatibilité IRM du système complet, le stimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI ne doit être implanté qu'avec des éléments IRM corps entier compatibles (notamment les électrodes VECTRIS SURESCAN MRI).</p> <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi postimplantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p>	2 046 720	2 046 720

	<p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; – l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; – le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; – la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>Les IRM réalisées chez un patient porteur d'un neurostimulateur RestoreSensor SURESCAN MRI doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe implantant les neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI et uniquement dans les conditions suivantes, en respectant les conditions de sécurité émises par le fabricant :</p> <p>Tunnel horizontal fermé de 1,5 T avec gradient spatial maximum de 19 T/m.</p> <p>Radiofréquence : environ 64 MHz.</p> <p>Antenne d'émission de radiofréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emission-réception pour le corps, quadrature seule (intégrée). - Emission-réception pour la tête, quadrature seule. <p>Taux d'absorption spécifique (TAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAS corps entier rapporté par l'équipement IRM _ 2,0 W/kg. - TAS tête rapporté par l'équipement IRM _ 3,2 W/kg. <p>Gradients : vitesse maximale de balayage de gradient par axe de 200 T/m/s ou moins.</p> <p>Enfin, le mode SURESCAN MRI doit être programmé par un implanteur de neurostimulateurs de la gamme SURESCAN MRI avant l'examen IRM puis déprogrammé à la fin de l'examen IRM. De même, les paramètres de stimulation doivent être vérifiés par un implanteur.</p> <p>3. Références prises en charge : 97714</p>		
--	--	--	--

3498182	<p>Neurostimulateur médullaire, MEDTRONIC, RestoreSENSOR, renouvellement.</p> <p>Neurostimulateur médullaire RestoreSENSOR de la société MEDTRONIC encas de renouvellement.</p> <p>1. Indications</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervicobrachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (algo-hallucinoïse) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.</p> <p>Pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; ou - un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation-test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>2. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge</p> <p>Une prise en charge médicale multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste. <p>Suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.</p> <p>Une validation de l'indication qui implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants), - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. <p>L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur RestoreSENSOR ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire rechargeable.</p> <p>La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test</p>	2 046 720	2 046 720
3446570	<p>Neurostimulateur médullaire, l'électrode décahexapolaire, MEDTRONIC, SPECIFY</p> <p>Electrode décahexapolaire SPECIFY pour système de neurostimulation</p> <p>PrimeAdvanced, Restore, RestoreADVANCED, RestoreULTRA ou RestoreSENSOR de la société Medtronic.</p> <p>Références prises en charge : Specify 2x8 : 39286 et Specify 5-6-5 : 39565.</p>	78 000	78 000

Société Saint Jude Medical France SAS (ST JUDE)

GENESIS

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :

- douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :
- des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ;
- une lésion nerveuse périphérique, posttraumatique ou postchirurgicale ;
- une amputation (algo-hallucinoïse) ;
- un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques) ;
- douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV.

Le patient doit bénéficier d'une garantie ayant une durée au moins égale à la longévité minimale estimée du stimulateur.

La prise en charge médicale multidisciplinaire est assurée :

- dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication ;
- l'évaluation des résultats de la stimulation test et le suivi postimplantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste.

La validation de l'indication implique :

- une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ;
- l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;
- le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ;
- la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de 10 jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.

Un suivi à long terme doit être fait dans le cadre d'une consultation douleur permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.

Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 60 mois à compter de la précédente prise en charge.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3477300	Neurostimulateur médullaire, système complet + accessoires, ST JUDE, GENESIS. Le système complet : stimulateur avec l'ensemble de ses accessoires (extension, générateur d'impulsion...) GENESIS pour primo-implantation.	682 200	682 200
3433834	Neurostimulateur médullaire, l'électrode, ST JUDE, GENESIS. Electrode percutanée ou chirurgicale, quadripolaire ou octopolaire	78 000	78 000
3472320	Neurostimulateur médullaire, renouvellement, ST JUDE, GENESIS. Le stimulateur, générateur d'impulsion GENESIS en cas de renouvellement	646 200	646 200

EON

La prise en charge est assurée pour les patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :

- une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable remboursable ;
- ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 volts ou 4,7 mA à l'issue de la phase de stimulation test (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en particulier une étude de potentiels évoqués somesthésiques a exclu toute déafférentation sensitive majeure).

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :

- douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :
 - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ;
 - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ;
 - une amputation (algo-hallucinoïse) ;
 - un syndrome régional douloureux complexe (algodystrophie, causalgies périphériques) ;
 - douleurs ischémiques périphériques type artérite de stade III, IV. Elle est subordonnée :
 - à une prise en charge médicale pluridisciplinaire :
 - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ;
 - implantation du système par une personne différente, formée à ce type de geste ;
 - au suivi à long terme, dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur.
- Le renouvellement de la prise en charge du stimulateur ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de 60 mois à compter de la précédente prise en charge.
- à la validation de l'indication qui implique :
 - une évaluation des différents facteurs psychosomatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ;
 - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ;
 - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ;
 - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec " retour au domicile souhaité ", préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3417077	Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON, système complet + accessoires. Le système complet EON : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation. La prise en charge est assurée pour la référence 3716.	2 376 900	2 376 900
3406412	Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON, renouvellement. Le renouvellement de la prise en charge du neurostimulateur EON ne peut intervenir qu'à l'issue d'une période de neuf ans à compter de la précédente prise en charge d'un neurostimulateur médullaire. La prise en charge est subordonnée à l'évaluation de la stimulation-test. La prise en charge est assurée pour la référence 3716.	1 944 384	1 944 384

3482229	<p>Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, l'électrode décahexapolaire.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références des électrodes par voie chirurgicale suivantes : LAMITRODE 88 réf. 3288, LAMITRODE 88 C réf. 3289, TRIPOLE 16 réf. 3219, TRIPOLE 16 C réf. 3214, PENTA réf. 3228 (longueur 60 cm).</p>	78 000	78 000
3497165	<p>Neurostimulateur médullaire, St. Jude, EON C, système complet + accessoires.</p> <p>Le système complet EON C : neurostimulateur non rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur...) pour primo-implantation</p> <p>Indications</p> <p>La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; une amputation (alghallucinoze) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques) ; douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV <p>Modalités de prescription</p> <p>Elle est subordonnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> à une prise en charge médicale multidisciplinaire : - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ; à une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %. <p>- Référence prise en charge : 3688</p>	1 189 020	1 189 020

3461724	<p>Neurostimulateur médullaire, St. Jude, EON C, renouvellement</p> <p>Indications La prise en charge est assurée pour les patients atteints de : - douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, bilatérales ou étendues, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à : - des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; - une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou postchirurgicale ; - une amputation (alghallucinoze) ; - un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexe, causalgies périphériques). - douleurs ischémiques périphériques, bilatérales ou étendues, type artérite de stade III, IV</p> <p>Modalités de prescription Elle est subordonnée : - à une prise en charge médicale multidisciplinaire ; - dans le cadre d'une consultation douleur pour la validation de l'indication, l'évaluation des résultats de la stimulation-test et le suivi post-implantation ; - implantation du système par une personne différente formée à ce type de geste ; - au suivi à long terme dans le cadre de la consultation douleur, permettant l'adaptation des paramètres de stimulation, des traitements médicamenteux et l'atteinte des objectifs de diminution de la douleur ; - à une validation de l'indication qui implique : - une évaluation des différents facteurs psycho-somatiques pouvant influencer sur l'état du patient et pouvant justifier son exclusion ; - l'adhésion du patient aux objectifs du traitement ; - le contrôle des conditions organiques permettant la mise en place du dispositif, notamment l'intégrité satisfaisante des cordons postérieurs (potentiels évoqués somesthésiques satisfaisants) ; - la réalisation d'un test de stimulation épidurale préalable à l'implantation définitive, d'une durée minimale de dix jours avec « retour au domicile souhaité », préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur doit être égale à au moins 50 %.</p> <p>Référence prise en charge : 3688</p>	1 088 928	1 088 928
3402992	<p>Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, système complet + accessoires.</p> <p>Le système complet EON MINI : neurostimulateur rechargeable avec l'ensemble de ses accessoires (extension, adaptateur,...) pour primo-implantation.</p> <p>RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788.</p> <p>I. – Caractéristiques principales</p> <p>Description : Le système EON MINI comprend un stimulateur multi-canaux et une source d'alimentation rechargeable. Le stimulateur se connecte sur une ou deux sondes (introduction par voie percutanée ou par laminectomie) pour un maximum de 16 contacts thérapeutiques. Le stimulateur EON MINI possède un système de communication par télémetrie qui reçoit et décode les signaux de radiofréquence produits par un émetteur, qui peut être l'ordinateur utilisé par le médecin ou la télécommande remise au patient.</p> <p>Fonction : Ce dispositif a pour fonction la stimulation électrique à visée antalgique des fibres sensitives β des cordons postérieurs de la moelle épinière, induisant des paresthésies locales.</p>	2 376 900	2 376 900

	<p>Indication prise en charge :</p> <p>Patients nécessitant un niveau élevé de stimulation, se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une durée de vie inférieure à trente mois après primo-implantation d'un neurostimulateur médullaire implantable non rechargeable ; – ou un seuil de stimulation d'une amplitude supérieure à 3,5 V ou 4,7 mA à l'issue de la phase test de stimulation (patients naïfs après qu'un bilan électrophysiologique approfondi comportant en partie une étude de potentiels somesthésiques ait exclu toute déafférentation sensitive majeure). <p>Dans les indications suivantes :</p> <p>Douleurs chroniques neuropathiques irréductibles, après échec des autres moyens thérapeutiques, secondaires à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des radiculalgies chroniques (sciatalgies, cruralgies, cervico-brachialgies) ; – une lésion nerveuse périphérique, post-traumatique ou post-chirurgicale ; – une amputation (douleur de membre fantôme) ; – un syndrome régional douloureux complexe (dystrophies sympathiques réflexes, causalgies périphériques). <p>Douleurs ischémiques périphériques type artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade III ou IV.</p> <p>Dans les indications prises en charge, le neurostimulateur EON MINI offre un service attendu suffisant et une absence d'amélioration du service attendu (ASA V) par rapport aux autres systèmes de neurostimulation médullaire implantables rechargeables inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)</p> <p>Conditions de remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la validation de l'indication, l'évaluation de la stimulation-test* et le suivi post-implantation des patients doivent être effectués par une équipe multidisciplinaire, dans le cadre d'une consultation douleur ; – la mise en place du système doit être faite par un médecin (neurochirurgien ou algologue) formé à ce type de geste, différent de celui responsable de la validation de l'indication. <p>II. – Place dans la stratégie thérapeutique</p> <p>Dans l'indication de la douleur chronique irréductible, la neurostimulation médullaire est indiquée en cas d'échec (par mauvaise tolérance ou inefficacité) ou de contre-indication des moyens thérapeutiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – antalgiques de niveau I ou II ; – kinésithérapie ; – physiothérapie ; – myorelaxants ; – analgésiques ; – anesthésie par blocage nerveux ; – antiépileptiques ; – antidépresseurs tricycliques ; – neurostimulation transcutanée couplée à la kinésithérapie et à un abord comportemental ; – dans le cas de la maladie de Buerger, la prostacycline. <p>Les alternatives pouvant être envisagées après échec de la neurostimulation médullaire sont la stimulation cérébrale profonde, les pompes implantables permettant l'injection intrathécale d'antalgiques, la chirurgie de section des afférences.</p> <p>Apport du produit</p> <p>La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) considère que les systèmes EON MINI et EON (inscrit sur la LPPR) sont techniquement équivalents en termes de paramètres de stimulation et d'électrodes.</p>		
--	--	--	--

	III. – Utilisation pratique Un test de stimulation d'une durée minimale de dix jours, avec « retour au domicile souhaité » sera réalisé en préalable à l'implantation, avec prise en charge médicale des patients en ambulatoire. L'amélioration de la douleur doit être au moins de 50 %. IV. – Spécifications économiques et médico-sociales EON MINI (SAINT JUDE MEDICAL FRANCE SAS) est inscrit sous nom de marque sur la LPPR. * Le test de stimulation préalable à l'implantation a une durée minimale de dix jours, avec un retour souhaitable au domicile et une prise en charge médicale en ambulatoire des patients. L'amélioration de la douleur à l'issue de ce test doit être d'au moins 50 %.		
3422730	Neurostimulateur médullaire, ST JUDE, EON MINI, renouvellement. Neurostimulateur médullaire seul. RÉFÉRENCE PRISE EN CHARGE : 3788.	1 944 384	1 944 384

Section 5. - Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable

Indications :

La prise en charge est assurée pour les patients atteints de :

- rétention urinaire chronique avec hypertonie du sphincter strié, sans cause urologique décelable (troubles dits «rétentionnistes»), rebelle aux traitements conservateurs;
 - pollakiurie invalidante avec ou sans incontinence par impériosité et impériosité invalidante (troubles dits «irritatifs»), rebelles aux traitements conservateurs;
 - incontinence fécale, rebelle aux traitements conservateurs, avec un sphincter anal fonctionnel défini comme suit:
 - sphincter intact (sans lésion ou après réparation sphinctérienne);
- ou
- sphincter altéré, si la taille de la lésion ne justifie pas la réparation sphinctérienne.

Modalités de prescription et d'utilisation :

- Indications urinaires :

Un test de neurostimulation sacrée doit être effectué avec une durée minimale de sept jours préalable à l'implantation, réalisé par un médecin rééducateur ou un urologue. Ce test doit montrer un bénéfice supérieur à 50 % sur au moins un des critères d'évaluation du test de stimulation préimplantation (catalogue mictionnel, échelle visuelle analogique).

L'implantation doit être effectuée par un urologue travaillant dans un centre possédant l'infrastructure opératoire adaptée (radiologie) ayant reçu une formation au matériel, à la technique d'implantation et aux paramétrages.

- Indications fécales :

Le test de neuromodulation et l'implantation d'INTERSTIM qui pourrait suivre doivent faire l'objet d'une décision pluridisciplinaire, avec enregistrement du patient dans le registre électronique des thérapies INTERSTIM pour l'incontinence fécale.

Les spécialités représentées lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont la chirurgie digestive à orientation colorectale, la gastro-entérologie avec compétence en colo-proctologie, l'exploration fonctionnelle digestive et pelvienne, la radiologie spécialisée (déféctographie dynamique, IRM pelvienne dynamique). Un avis psychiatrique doit pouvoir être sollicité.

Lors de la décision, l'étude des antécédents médicaux et le bilan clinique avec calendrier des selles de trois mois et mesure de scores d'incontinence fécale (*Wexner + Faecal Incontinence Quality of Life FIQL Score*), sont complétés par un bilan fonctionnel fondé au moins sur une manométrie anorectale et un bilan urodynamique en cas de troubles de la continence urinaire associée. L'échographie endo-anale et l'imagerie dynamique de la statique anorectale et pelvienne doivent pouvoir être réalisées au besoin.

Trois des quatre spécialités doivent être représentées au cours de la RCP pour valider la proposition de la NMS au patient et son indication. Un coordonnateur par centre implantateur est le garant de cette démarche et de la validation de la RCP par sa signature.

La réalisation de l'implantation de l'électrode est assurée par un chirurgien colorectal spécialisé dans la prise en charge des troubles fonctionnels anorectaux avec une formation spécifique à la neuromodulation des racines sacrées.

Le test de neurostimulation a une durée d'au moins vingt et un jours et au plus de trente jours (compte tenu du risque infectieux). Pendant ce test, le patient remplit soigneusement un calendrier des selles. Des modifications des paramètres de stimulation sont réalisées par le personnel soignant dédié, en contact (le plus souvent téléphonique) avec le patient pendant cette période. A l'issue de cette période, la stimulation est arrêtée et les résultats cliniques sont analysés.

Le test est considéré positif en cas de disparition d'au moins 50 % des épisodes d'incontinence, mesurées sur un calendrier des selles sur une période d'au moins vingt et un jours, ainsi qu'un allongement significatif du délai de retenue. La thérapie exige un suivi systématique, assuré par un personnel soignant dédié, sous contrôle d'un médecin impliqué.

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3465946	Neuromodulateur des racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM + élect. test-permanente. Système complet pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmeur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). La prise en charge est assurée pour la référence suivante: InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	892 680	892 680
3462468 304A05.2	Neuromodulateur des racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM. Référence prise en charge : InterStim (1ère génération) : modèle 3023.	646 200	646 200
3490594	Neuromodulateur racines sacrées, MEDTRONIC, INTERSTIM II + élect. test-permanente. Système complet InterStim II pour implantation (neuromodulateur, sonde, extension, programmeur patient, câbles, aiguilles, électrode quadripolaire test et permanente, antenne). Référence prise en charge : InterStim II (2 ^{ème} génération) : modèle 3058.	892 680	892 680
3461322	Neuromodulateur racines sacrées, renouvellement, MEDTRONIC, INTERSTIM II. Référence prise en charge : InterStim II (2 ^{ème} génération) : modèle 3058.	646 200	646 200

Section 6. - Moniteurs ECG implantables

Indications :

Diagnostic étiologique des syncopes inexpliquées récidivantes après une évaluation initiale clinique (anamnèse – examen physique dont la mesure de la pression artérielle couchée et debout – ECG 12 dérivations), selon les conditions suivantes :

- pour des patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite nécessitant une hospitalisation (existence d'une cardiopathie structurale ou d'une coronaropathie, anomalies cliniques ou ECG suggérant une syncope rythmique, comorbidités importantes, notamment anémie sévère et perturbations électrolytiques) et avec une forte probabilité de récurrence pendant la durée de vie du dispositif ;
- pour des patients à haut risque de mort subite quand le bilan complet initial incluant une exploration électrophysiologique n'a permis ni le diagnostic ni l'initiation d'un traitement ;
- pour des patients chez lesquels la cause réflexe de la syncope est probable ou certaine, avec épisodes fréquents et traumatiques pour lesquels est discutée la pose d'un stimulateur cardiaque si une bradycardie sévère est enregistrée.

Modalités de prescription et d'utilisation :

L'implantation du moniteur cardiaque doit être réalisée sous anesthésie locale en salle de cathétérisme ou au bloc opératoire. La prise en charge par patient ne peut concerner qu'un seul dispositif associé à un assistant patient (activateur).

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

MedtronicFrance SAS (MEDTRONIC)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3498986	Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL DX. Le système REVEAL DX comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : – moniteur cardiaque implantable : modèle 9528 ; – assistant ou activateur patient : modèle 9538.	150 112	150 112
3494066	Moniteur ECG implantable, MEDTRONIC, REVEAL XT. Le système REVEAL XT comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : Moniteur cardiaque implantable: modèle 9529. Assistant ou activateur patient: modèles 9538 ou 9539.	150 112	150 112

Société Saint Jude Medical France SAS (SAINT JUDE)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3416037	Moniteur ECG implantable, SAINT JUDE, CONFIRM modèle DM 2100. Le système CONFIRM comprend un moniteur cardiaque implantable et un assistant (ou activateur) patient. Références : - moniteur cardiaque implantable : modèle DM 2100.	150 112	150 112

Section 7. - Système de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable (DCI)

Conditions particulières d'utilisation :

Les systèmes de télésurveillance nécessitent les conditions particulières d'utilisation suivantes :

- une programmation des alertes envoyées au centre de rythmologie : panne du boîtier, dysfonction des sondes, indicateur de fin de vie de la pile, arrêt prolongé de la transmission sans accord préalable patient-médecin ;
- des consultations générées uniquement par les alertes et si l'état du patient le nécessite ;

En l'absence d'alerte :

- un contact annuel avec le médecin et/ou le cardiologue traitant afin de maintenir un réseau de soins autour du patient ;
- un contact annuel avec le patient afin de maintenir son lien avec le centre de rythmologie et de vérifier la validité de ses coordonnées de façon à maintenir la possibilité d'intervention.

La rédaction d'un protocole entre la société et le médecin assurant la prise en charge du patient, précisant :

- l'identification du médecin assurant la prise en charge du patient y compris en cas d'alerte ;
- l'organisation du suivi du patient porteur du dispositif, par le médecin concerné, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences liées au dispositif ;
- les modalités de recueil du consentement du patient
- la définition des indicateurs d'alerte ainsi que leur modalité de recueil ;
- la description des modalités de réponse aux alertes, tant de la part du médecin que de la société ;
- le rôle du médecin et celui de la société à chaque étape de la procédure définie dans le cadre du protocole ;
 - les modalités pratiques du maintien d'un contact régulier entre le médecin assurant la prise en charge du patient et la société en l'absence d'alerte ainsi que les modalités de vérification régulière de la validité des coordonnées du patient de façon à maintenir la possibilité d'intervention ;
- si nécessaire, les compétences, formations, spécialisations et liens avec le patient des professionnels de santé intervenant (en routine et en cas d'alerte) ;
- les règles d'habilitation et de sécurisation des droits d'accès au système d'information support du dispositif ;
 - les règles de sécurité, de traçabilité et confidentialité des données transmises et conservées.

La rédaction par la société d'une annexe technique précisant la maintenance du dispositif.

Indications générales :

Les systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables sont pris en charge uniquement lorsqu'ils sont associés à des défibrillateurs cardiaques posés dans les indications générales suivantes :

- arrêt cardiaque par FV (fibrillation ventriculaire) ou TV (tachycardie ventriculaire), sans cause aiguë ou réversible ;
 - patients coronariens sans ou avec symptômes d'insuffisance cardiaque légère ou modérée (classe NYHA II ou III), une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) $\leq 30\%$ mesurée au moins un mois après un infarctus du myocarde (IDM) et trois mois après un geste de revascularisation (chirurgie ou angioplastie) ;
- TV soutenue spontanée symptomatique sur cardiopathie ;

- TV soutenue spontanée, mal tolérée, en l'absence d'anomalie cardiaque, pour laquelle un traitement médical ou une ablation ne peut être réalisé ou a échoué ;
 - syncope de cause inconnue avec TV soutenue ou FV déclenchable, en présence d'une anomalie cardiaque sous-jacente ;
 - patients coronariens avec dysfonction ventriculaire gauche (FEVG de 31 à 35 %) mesurée au moins un mois après un IDM et trois mois après un geste de revascularisation (chirurgie ou angioplastie) avec une arythmie ventriculaire (TV, FV) déclenchable ;
 - patient atteint d'une cardiomyopathie dilatée en apparence primitive avec une FEVG \leq à 30 % et une classe NYHA II ou III ;
 - maladie génétique à haut risque de mort subite par fibrillation ventriculaire sans aucun autre traitement efficace connu ;
 - TV soutenue mal tolérée chez un patient en attente de transplantation cardiaque. Indications spécifiques :
- De façon plus spécifique outre les indications générales définies ci-dessus :
- La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre est assurée dans les situations suivantes :
 - en l'absence d'indication conventionnelle de stimulation cardiaque définitive ;
 - s'il y a une indication de stimulation cardiaque définitive monochambre ventriculaire.
 - La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables double chambre est assurée dans les situations suivantes :
 - si le patient présente une indication conventionnelle de stimulation cardiaque définitive atriale ou double chambre ;
 - ou si la détection appropriée du trouble du rythme traité par le défibrillateur nécessite une détection double chambre.
 - La prise en charge d'un système de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-biventriculaire est assurée dans la situation suivante : si le patient est en insuffisance cardiaque et reste symptomatique, en classe NYHA III ou IV, sous traitement médical optimal, avec fraction d'éjection \leq 35 % et durée du QRS $>$ 120 ms..

Société BIOTRONIK

Modalités de prescription et d'utilisation :

Le système de télésurveillance HOME MONITORING assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Ce centre les fait suivre au praticien de façon programmée et automatique (par fax, SMS ou courrier électronique).

Le port d'un défibrillateur LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T, LUMAX 740 HF-T, ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T est compatible avec la réalisation d'IRM.

Dans ce cas, les IRM doivent être pratiquées dans un centre bénéficiant d'une équipe cardiologique sur le même site géographique et uniquement dans les conditions suivantes :

- IRM clinique à tunnel fermé, aimant cylindrique et champ magnétique statique d'intensité de 1,5 tesla ;
- vitesse de balayage ne devant pas dépasser 216 T/m/s pour LUMAX 740 VR-T, LUMAX 740 DR-T ou LUMAX 740 HF-T, et 346 T/m/s pour ILESTO 7 VR-T, ILESTO 7 DR-T ou ILESTO 7 HF-T ;
- aucune bobine d'émission locale supplémentaire mise en oeuvre ;
- sonde et défibrillateur cardiaque compatibles ProMRI ;
- patient porteur d'aucun autre appareil implanté ;
- patient apyrétique ;
- patient de taille \leq 1,40 m ;
- système implanté \leq 6 semaines ;
- système implanté dans la région pectorale ;

- seuil de stimulation _ 2,0 V pour une durée d’impulsion de 0,4 ms ;
- impédance de sonde déterminée entre 200 et 1 500 ohms ;
- patient couché sur le dos ;
- respect de la zone de positionnement autorisé (zone d’exclusion comprise entre les épaules et la crête iliaque) ;
- durée totale de l’examen IRM _ 30 minutes ;
- débit d’absorption spécifique moyen du corps entier affiché par le scanner IRM _ 2,0 W/kg ;
- débit d’absorption de la tête affiché par le scanner IRM _ 3,2 W/kg ;
- équipement d’urgence de réanimation à portée de main et personnel qualifié correspondant disponible ;
- surveillance hémodynamique continue durant toute la durée de l’examen IRM en saisissant au moins l’un des paramètres suivants : SaO₂, pression sanguine, ECG.

Enfin, le mode IRM spécial doit être programmé par un cardiologue ou rythmologue avant l’examen IRM puis déprogrammé à l’issue de l’examen. L’intervalle de temps entre la programmation et la déprogrammation doit être le plus court possible.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3499030	<p>Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.</p> <p>Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – LUMAX 540 VR-T ; – LUMAX 740 VR-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) ; – ILESTO 7 VR-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) : références 390082 et 390088. 	103 680	103 680
3491091	<p>Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.</p> <p>Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – LUMAX 540 DR-T ; – LUMAX 740 DR-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) ; – ILESTO 7 DR-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) : références 390068 et 390074. 	103 680	103 680

3433314	<p>Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BIOTRONIK, HOME MONITORING.</p> <p>Le système HOME MONITORING comprend le transmetteur, la transmission des données du boîtier vers le HOME MONITORING SERVICE CENTER et le centre de service HOME MONITORING SERVICE CENTER.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – LUMAX 540 HF-T ;– LUMAX 740 HF-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) ; – ILESTO 7 HF-T (compatible avec la réalisation d’IRM dans les conditions décrites dans les modalités de prescription et d’utilisation) : référence 390055 et 390061. 	116 640	116 640
---------	--	---------	---------

Société BOSTON SCIENTIFIC SAS (BOSTON)

Le système de télésurveillance LATITUDE permet la communication à distance d'un défibrillateur cardiaque implantable avec un générateur d'impulsions compatible et le transfert des informations dans une base de données centrale, accessibles à tout moment aux utilisateurs autorisés sur un site internet dédié.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3407713	<p>Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, BOSTON, LATITUDE</p> <p>Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS.</p> <p>Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) – INCEPTA VR (modèles F160 et F161) <p>Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TELIGEN 100 VR (modèles F102 et F103) – INCEPTA VR (modèles F160 et F161) – ENERGEN VR (modèles F140 et F141) – INOGEN EL VR (modèles D140 et D141) – AUTOGEN EL VR (modèles D174 et D175) 	103 680	103 680

3427822	<p>Système de télésurveillance pour DCI double chambre, BOSTON, LATITUDE</p> <p>Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS.</p> <p>Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) – INCEPTA DR (modèles F162 et F163) <p>Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – TELIGEN 100 DR (modèles F110 et F111) – INCEPTA DR (modèles F162 et F163) – ENERGEN DR (modèles F142 et F143) – INOGEN EL DR (modèles D142 et D143) – AUTOGEN EL DR (modèles D176 et D177) 	103 680	103 680
3414541	<p>Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, BOSTON, LATITUDE</p> <p>Système de télésurveillance LATITUDE et LATITUDE NXT pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS.</p> <p>Le système de télésurveillance LATITUDE est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) – INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) <p>Le système de télésurveillance LATITUDE NXT est compatible avec les références suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – COGNIS 100 – D (modèles: P106, P107 et P108) – INCEPTA CRT-D (modèles P162, P163 et P165) – ENERGEN CRT-D (modèles P142 et P143) – INOGEN QUAD CRT-D (modèles G146 et G148) – INOGEN CRT-D (modèles G140 et G141) – AUTOGEN QUAD CRT-D (modèles G177 et G179) – AUTOGEN CRT-D (modèles G172, G173 et G175) 	116 640	116 640

Société MEDTRONIC France SAS (MEDTRONIC)

Le système de télésurveillance CARELINK assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Ce centre les fait suivre au médecin de façon programmée et automatique (par SMS ou courrier électronique).

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3492564	<p>Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, MEDTRONIC, CARELINK.</p> <p>Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes:</p> <p>Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950). Défibrillateurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PROTECTA XT VR (modèles D354VRG et D354VRM); – EVERA XT VR (modèles DVBB2D1 et DVBB2D4); – EVERA S VR (modèles DVBC3D1 et DVBC3D4); – EVERA MRI XT VR (modèle DVMB2D4). 	103 680	103 680
3499780	<p>Système de télésurveillance pour DCI double chambre, MEDTRONIC, CARELINK.</p> <p>Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes:</p> <p>Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950).</p> <p>Défibrillateurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PROTECTA XT DR (modèles D354DRG et D354DRM); – EVERA XT DR (modèles DDBB2D1 et DDBB2D4); – EVERA S DR (modèles DDBC3D1 et DDBC3D4); – EVERA MRI XT DR (modèle DDMB2D4). 	103 680	103 680
3456628	<p>Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, MEDTRONIC, CARELINK.</p> <p>Système de télésurveillance CARELINK pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit «triple chambre» de la société MEDTRONIC France SAS. Le système de télésurveillance CARELINK est compatible avec les références suivantes:</p> <p>Transmetteurs: CARELINK (modèle 2490C) et MYCARELINK (modèle 24950).</p> <p>Défibrillateurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PROTECTA XT CRT-D (modèles D354TRG et D354TRM); – VIVA XT CRT-D (modèles DTBA2D1 et DTBA2D4); – VIVA QUAD XT CRT-D (modèles DTBA2QQ et DTBA2Q1) 	116 640	116 640

Société Saint Jude Medical France SAS (SAINT JUDE)

Le système de télésurveillance MERLIN.NET recueille au domicile du patient les données relatives au fonctionnement d'un défibrillateur cardiaque implantable et les transmet à un site internet dédié et sécurisé que les médecins d'une unité médicale peuvent consulter afin d'identifier précocement les incidents et troubles du rythme cardiaque.

Ce dispositif comprend :

- un transmetteur fixe MERLIN@HOME (référence : EX1150), son câble d'alimentation, un étui de transport et un manuel patient ;
- un adaptateur cellulaire (clé USB) ;
- un kit wifi composé d'une antenne wifi à relier au boîtier multiservice du patient (en cas d'absence de réseau cellulaire au domicile du patient) ;
- un kit filaire composé d'une prise gigogne et d'un câble téléphonique terminé par 2 connecteurs RJ11 (en cas d'impossibilité de transmission cellulaire et wifi) ;
- le serveur de données MERLIN.NET.
- le logiciel MERLIN.NET, accessible sur le site internet sécurisé MERLIN.NET.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3464579	<p>Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.</p> <p>Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable simple chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – CURRENT RF VR (références : 1207-30,1207-36) ; – CURRENT ACCEL VR (références : CD. 1215-30, CD. 1215-36) ; – ANALYST ACCEL VR (références : CD. 1219-30, CD. 1219-36) ; – FORTIFY VR (références : CD. 1233-40, CD. 1233-40Q) ; – FORTIFY ST VR (références : CD. 1235-40, CD. 1235 40Q) ; – FORTIFY ASSURA VR (références : VR CD. 1259-40, CD. 1259-40Q, CD. 1359-40C, CD. 1359-40QC) ; – ELLIPSE VR (références : CD. 1277-36, CD. 1277-36Q, CD. 1377-36C, CD. 1377-36QC). 	103 680	103 680
3474164	<p>Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.</p> <p>Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable double chambre à fréquence asservie de la société Saint Jude Medical France SAS.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – CURRENT RF DR (références : 2207-30, 2207-36) ; – CURRENT ACCEL DR (références : CD. 2215-30, CD. 2215-36) ; – ANALYST ACCEL DR (références : CD. 2219-30, CD. 2219-36) ; – FORTIFY DR (références : CD. 2233-40, CD. 2233-40Q) ; – FORTIFY ST DR (références : CD. 2235-40, CD. 2235-40 Q) ; – FORTIFY ASSURA DR (références : CD. 2259-40, CD. 2259-40Q, CD. 2359-40C, CD. 2359-40QC) ; – ELLIPSE DR (références : CD. 2277-36, CD. 2277-36Q, CD. 2377-36C, CD. 2377-36QC). 	103 680	103 680
3435017	<p>Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SAINT JUDE, MERLIN.NET.</p> <p>Système de télésurveillance MERLIN.NET pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société Saint Jude Medical France SAS.</p> <p>Références prises en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> – PROMOTE RF (références : 3213-30, 3213-36) ; – PROMOTE ACCEL (références : CD. 3215-30, CD. 3215-36) ; – UNIFY (références : CD. 3235-40, CD. 3235-40Q) ; – UNIFY QUADRA (références : CD. 3251-40, CD. 3251-40Q) ; – UNIFY ASSURA (références : CD. 3261-40, CD. 3261-40Q, CD. 3361-40C, CD. 3361-40QC) ; – QUADRA ASSURA (références : CD. 3267-40, CD. 3267-40Q, CD. 3367-40C, CD. 3367-40QC) ; – QUADRA ASSURA MP (références : CD. 3371-40C, CD. 3371-40QC). 	116 640	116 640

Société Sorin Group France (SORIN)

Le système de télésurveillance SMARTVIEW assure la transmission d'informations du défibrillateur cardiaque implantable à un serveur central hébergeur de données, de façon cryptée, via un réseau téléphonique filaire analogique (dégrouper partiel ou total, quel que soit l'opérateur), soit par GSM.

Les données recueillies sont accessibles en ligne à tout moment aux utilisateurs autorisés pour consultation sur un site internet dédié sécurisé.

Ce dispositif comprend :

- un transmetteur SMARTVIEW (modèle pour ligne fixe [RTC], référence KA910-KA920 et modèle pour réseau de téléphone portable [GPRS], référence KA911-KA921);
- un câble d'alimentation (avec câble de 2mètres);
- un câble téléphonique RJ11 (5mètres) - uniquement pour le transmetteur SMARTVIEW (RTC) référence KA910-KA920;
- un manuel d'utilisation.

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3447925	Système de télésurveillance pour DCI simple chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque simple chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF VR 9250: référence ICV1185; - INTENSIA VR 124: référence TDF022C.	103 680	103 680
3495440	Système de télésurveillance pour DCI double chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque double chambre à fréquence asservie de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF DR 9550 : référence ICV1184 ; - INTENSIA DR 154 : référence TDF021C.	103 680	103 680
3483826	Système de télésurveillance pour DCI triple chambre, SORIN, SMARTVIEW Système de télésurveillance SMARTVIEW pour défibrillateur cardiaque implantable avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre » de la société SORIN GROUP France. Le système de télésurveillance SMARTVIEW est compatible avec les références suivantes : Références prises en charge : - PARADYM RF SONR CRT-D 9770 : référence ICV1182 ; - PARADYM RF CRT-D 9750 : référence ICV1183 ; - INTENSIA SONR CRT-D 184 : référence TDF019C ; - INTENSIA CRT-D 174 : référence TDF020C.	116 640	116 640

Section 8. - Sondes de défibrillation cardiaque

Pour qu'une sonde de défibrillation soit prise en charge, son fabricant doit s'engager à rembourser à l'organisme de prise en charge la valeur d'achat de la sonde de défibrillation implantée en cas de dysfonctionnement de celle-ci.

Conditions générales :

Pour être prise en charge, une sonde de défibrillation doit présenter les caractéristiques suivantes :

- garantie cinq ans, quel que soit le boîtier auquel elle est associée ;
- compatibilité des connecteurs aux normes européennes en vigueur.

La sonde doit être conditionnée au minimum avec :

- trois mandrins de rigidité différente ;
- un chausse-veine ;
- et, pour les sondes à vis rétractables, deux pinces de fixation.

Les indications ainsi que les conditions d'utilisation et de prescription des sondes de défibrillation sont celles des défibrillateurs cardiaques implantables. Les contre-indications propres aux sondes sont :

- sténose de la valve tricuspide ;
- prothèse tricuspide mécanique ;
- impossibilité d'abord veineux supérieur (dans certains cas exceptionnels, une implantation par abord fémoral peut néanmoins être envisagée) ;
- endocardite évolutive.

La prise en charge est assurée dans la limite d'une sonde de défibrillation par patient quel que soit le type de défibrillateur cardiaque implanté.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3418823	Sonde pour défibrillation ventriculaire droite. Sonde transveineuse, à vis ou à barbillons pour défibrillation ventriculaire droite, à une ou deux spire(s) de défibrillation	180 000	180 000

Section 9. - Dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM)

Société Berlin Heart GmbH (Berlin)

Le DACM EXCOR est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est $>$ ou $=$ à $0,2 \text{ m}^2$ dans les situations suivantes :

- indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;

- indication électorive : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

Les contre-indications au dispositif EXCOR sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge > 70 ans ;
- rupture septale non traitée.

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ;
- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ;
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier...
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR).
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :
 - en permanence :
- fournir une hot-line (24 h/24 h, 7j/7j) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;

- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
 - fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne ;
 - avant l'implantation :
 - assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire.
 - à l'implantation :
 - fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
 - mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;
 - du séjour en réanimation au retour à domicile :
 - fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
 - assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
 - un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
 - une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
 - une maintenance de la console ;
 - le changement des batteries.
- La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3411353	<p>DACM, mono-ventricul droite ou gauche, BERLIN, EXCOR UniVAD</p> <p>Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel mono-ventriculaire (droite ou gauche) EXCOR UniVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m².</p> <p>Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile.</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique.</p> <p>Le kit d'implantation UniVAD réf. 9190114 (anciennement réf. 1100100-FR) comprend une pompe avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule artérielle, une ligne d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pompe à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ; - canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule 	6 562 651	6 562 651

	<p>apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ;</p> <p>- canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ;</p> <p>- canule artérielle : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf. C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ;</p> <p>- console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ; - ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003 ;</p> <p>- set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).</p>		
3476430	<p>DACM, bi-ventricul, BERLIN, EXCOR BiVAD</p> <p>Dispositif d'assistance circulatoire mécanique, pulsatile pneumatique paracorporel bi-ventriculaire EXCOR BiVAD de la société Berlin Heart GmbH pour des personnes dont la surface corporelle est supérieure ou égale à 0,2 m².</p> <p>Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de lignes pneumatiques, d'une console de commande pneumatique et d'une console mobile.</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement (pour cause de croissance, de thrombus, etc.) de tous les éléments, y compris les batteries, pendant les deux années suivant l'implantation ainsi que le support clinique et technique.</p> <p>Le kit d'implantation BiVAD réf. 9190115 (anciennement réf. 1100101-FR) comprend deux pompes avec valves en polyuréthane ou mécaniques, une canule auriculaire ou apicale, une canule auriculaire, deux canules artérielles, deux lignes d'activation, un set d'accessoires pour valves mécaniques ou en polyuréthane (PU), les locations de la console Ikus et de la console mobile EXCOR.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>- pompes à sang : pompe à sang à valve en PU (réf. P10P-001, P25P-001, P30P-001, P50P-001, P60P-001, P80P-001) ; pompe à sang à volets à disque basculant (réf. P50M-001, P60M-001, P80M-001, P80M-005, P80M-003, P80M-004) ;</p> <p>- canule apicale : canule apicale enfant (réf. C14A-040, C18A-020) ; canule apicale pédiatrique étagée (réf. C22A-004) ; canule apicale (réf. C27A-001, C41A-050) ; canule apicale avec couronne (réf. C27A-003) ; canule apicale avec connecteur Hancock (réf. C21A-001) ;</p> <p>- canule auriculaire : canule auriculaire nouveau-né étagée (réf. C15V-040) ; canule auriculaire enfant (réf. C19V-020/C19V-020m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C22V-004) ; canule auriculaire pédiatrique,</p>	10 507 800	10 507 800

	<p>étagée (réf. C23V-004m) ; canule auriculaire pédiatrique, étagée (réf. C25V-004) ; canule auriculaire (réf. C22V-002/C22V-002m) ; canule auriculaire (réf. C26V-002/C26V-002m) ;</p> <p>- canules artérielles : canule artérielle enfant (réf. C80G-040, C80G-021/C80G-021m) ; canule artérielle pédiatrique, étagée (réf. C60G-004/C60G-004m, C85G-004/C85G-004m) ; canule pour extension prothèse dacron, étagée (réf. C00P-004) ; canule artérielle (réf. C60G-002/C60G-002m, C85G-002/C85G-002m, C85G-050/C85G-050m), canule pour extension prothèse dacron (réf. C00P-001, C00P-050) ; adaptateur connexion (réf. A06-009, A09-012, A12-016) ;</p> <p>- Console Excor mobile : 2 unités d'entraînements + 1 unité d'entraînement de rechange ; 2 batteries + 2 batteries de rechange ; 1 unité support ; 1 chariot ; 1 station de chargement EXCOR avec bloc d'alimentation intégré ; 1 dispositif d'alimentation électrique EXCOR ; 1 ordinateur portable EXCOR ; 1 pompe à main EXCOR ; 1 sac EXCOR ; câbles de raccordements et de connexion ; outillage ;</p> <p>- ligne d'activation : réf. L 20H-002, réf. L 20H-003</p> <p>- set d'accessoires pour valves : set d'accessoires pour valves mécaniques (réf. TOOL-001), set d'accessoires pour valves en polyuréthane (PU) (réf. TOOL-002).</p>		
3430280	<p>DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2m², modification, valv poly, pomp 30 ml.</p> <p>Renouvellement pour évolution de pompes avec valves en polyuréthane de 10, 25 ou 30 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor ,1,2 m² UniVAD ou Excor ,1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P10P-001, P25P-001, P30P- 001.</p> <p>Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.</p>	2 272 470	2 272 470
3439340	<p>DACM, BERLIN, EXCOR <1,2m², modif, valv poly, pomp ≥ 50 ml et ≤ 60 ml.</p> <p>Renouvellement pour évolution de pompes avec valves en polyuréthane de 50 ou 60 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor <1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P50P-001, P60P-001.</p> <p>Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dansle cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.</p>	2 145 870	2 145 870
3423149	<p>DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², modif, valv poly, set d'accessoires.</p> <p>Set d'accessoires pour le renouvellement pour évolution de valves en polyuréthane du dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².</p> <p>La prise en charge est assurée pour la référence TOOL-002.</p>	139 206	139 206

3485831	DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2m², modif, ligne d'activation. Renouvellement pour évolution de ligne d'activation de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références : réf. L. 20H-002, L. 20H-003. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux lignes d'activation pour canules dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	25 320	25 320
3402087	DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², modif, set de connexion pour canules. Set de connexion pour renouvellement pour évolution de canules de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références : réf. A06-009, A09-012. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux sets de connexion pour canules dans le cas du renouvellement pour évolution d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	63 300	63 300
3483810	DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, pompes ≤30 ml. Remplacement pour thrombus de pompes avec valves en polyuréthane de 10, 25 ou 30 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P10P-001, P25P-001, P30P- 001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2m² BiVAD.	2 272 470	2 272 470
3408842	DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, pomp ≥50 ml et ≤60 ml. Remplacement pour thrombus de pompes avec valves en polyuréthane de 50 ou 60 ml pour dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m². La prise en charge est assurée pour les références suivantes : réf. P50P-001, P60P-001. Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux pompes dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.	2 145 870	2 145 870
3433461	DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, valv poly, set d'accessoires. Set d'accessoires pour le remplacement pour thrombus de valves en polyuréthane de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2m². La prise en charge est assurée pour la référence TOOL-002.	139 206	139 206

3484754	<p>DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, ligne d'activation.</p> <p>Remplacement pour thrombus de ligne d'activation de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références : réf. L. 20H-002, L. 20H-003.</p> <p>Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux lignes d'activation dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.</p>	25 320	25 320
3451424	<p>DACM, BERLIN, EXCOR < 1,2 m², rpl thr, set de connexion pour canules.</p> <p>Set de connexion pour remplacement pour thrombus de canules de dispositif d'assistance circulatoire mécanique Excor < 1,2 m² UniVAD ou Excor < 1,2 m² BiVAD de la société Berlin Hearth GmbH, pour des personnes dont la surface corporelle est inférieure à 1,2 m².</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références : réf. A06-009, A09-012.</p> <p>Cette prise en charge est assurée dans la limite de deux sets de connexion pour canules dans le cas du remplacement pour thrombus d'un DACM Excor < 1,2 m² BiVAD.</p>	63 300	63 300

Société Thoratec Europe Limited (Thoratec)

1- Indications :

Les dispositifs d'assistance circulatoire mécanique (DACM) sont indiqués lorsque la surface corporelle du patient est supérieure ou égale à 1,2 m² pour le HEARTMATE II, supérieure ou égale à 1,4 m² pour le PVAD, dans les situations suivantes :

- défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

2- Contre-indications :

Les contre-indications aux DACM sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale...) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;
- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge > ou = 70 ans pour les PVAD ;
- rupture septale non traitée ;
- surface corporelle < 1,2 m² pour le HEARTMATE II et < 1,4 m² pour les PVAD.

3- Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge :

3.1 Centres pouvant réaliser l'implantation :

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM, sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation décrits ci-dessous.

3.2 Composition du plateau technique et disponibilité des DACM :

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ;
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

3.3 Composition de l'équipe pluridisciplinaire :

Chaque établissement doit disposer :

- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes-réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ;
- d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;
- concernant le HEARTMATE II et dans le cas de patients d'âge supérieur ou égal à 70 ans, la participation d'un gériatre est plus particulièrement recommandée. Une évaluation approfondie à la recherche des co-morbidités et autres facteurs de risque incluant une évaluation gériatrique doit être effectuée. La décision d'implantation doit être réalisée au terme d'une concertation pluridisciplinaire afin de sélectionner les seuls patients pouvant en attendre un bénéfice suffisant.

3.4 Formation et expériences requises :

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

3.5 Modalités de suivi des patients :

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

4- Exigences envers le fabricant :

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier... ;
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ;

- assurer des prestations minimales associées aux DACM :

En permanence :

- fournir une hot line (24 h/24, 7j/7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne ;

Avant l'implantation :

- assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire ;

A l'implantation :

- fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
- mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;

Du séjour en réanimation au retour à domicile :

- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
- assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
 - un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
 - une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
 - une maintenance de la console ;
 - le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3476594	<p>Dispositif assistance circulat, mono-ventriculaire, THORATEC, THORATEC PVAD.</p> <p>THORATEC PVAD est un DACM pulsatile pneumatique para-corporel. Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de câbles pneumatiques et électriques, et d'une console de commande pneumatique. Il est utilisé pour une assistance mono-ventriculaire droite ou gauche.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes.</p> <p>Kit Mono PVAD (réf PSP 14086-2611-001) comprenant : un dispositif d'assistance ventriculaire, un kit d'implantation chirurgicale, 1 canule artérielle précoagulée (au choix parmi les références disponibles), une canule ventriculaire ou auriculaire (au choix parmi les références disponibles), un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur gauche ou un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur gauche ou une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur droit, un câble électrique stérile 1,5 m coeur gauche ou un câble électrique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur gauche ou une rallonge électrique non stérile 2 m coeur droit, une console TLC-II portable en utilisation, une console TLC-II portable de secours.</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments, y compris batteries, pendant les deux années suivant l'implantation.</p>	6 709 800	6 709 800
3404465	<p>Dispositif assistance circulat, bi-ventriculaire, THORATEC, THORATEC PVAD.</p> <p>THORATEC PVAD est un DACM pulsatile pneumatique para-corporel. Il est constitué d'une pompe à sang, de canules, de câbles pneumatiques et électriques, et d'une console de commande pneumatique. Il est utilisé pour une assistance bi-ventriculaire.</p> <p>La prise en charge est assurée pour la référence suivante.</p> <p>Kit Bi PVAD (réf PSP 14086-2612-001) comprenant : deux dispositifs d'assistance ventriculaire, deux kits d'implantation chirurgicale, deux canules artérielles précoagulées (au choix parmi les références disponibles), une canule ventriculaire (au choix parmi les références disponibles), une canule auriculaire (au choix parmi les références disponibles), un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur gauche, un câble pneumatique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur gauche, une rallonge pneumatique non stérile 2 m coeur droit, un câble électrique stérile 1,5 m coeur gauche, un câble électrique stérile 1,5 m coeur droit, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur gauche, une rallonge électrique non stérile 2 m coeur droit, une console TLC-II portable en utilisation, une console TLC-II portable de secours.</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement</p>	10 761 000	10 761 000
3414860	<p>Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, Thoratec, HEARTMATE II V2.</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments, y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation.</p> <p>HEARTMATE II V2 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche.</p> <p>Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation et de modules de données.</p>	10 507 800	10 507 800

	<p>Références prises en charge : Kit d'implantation HeartMate[®] II V2 (réf. 106016), comprenant : 1 pompe à sang HM II, 1 canule d'entrée flexible (20 mm) enduite (réf. 104142), 1 canule de sortie (16 mm) enduite avec manchon anti-plicature (réf. 103393), 1 collier pour manchon anti-plicature de la canule de sortie enduite (réf. 107315), 1 contrôleur de système Pocket comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 1 jeu de protecteurs de filetage, 1 couteau apical avec manche (réf. 1050), 1 collerette de suture apicale (réf. 1065), 1 emporte-pièce pour forage cutané, kit d'accessoires du contrôleur de système Pocket (HeartMate GoGear Pocket Controller) (réf. 106129).</p> <p>Kit d'équipement : HeartMate[®] II V2 (106018PSK) comprenant : 1 contrôleur de système Pocket, comprenant une batterie de secours 106128 (réf. 106017), 2 jeux de batteries 14 V rechargeables (par 4) (réf. 2465), 1 jeu de clips porte-batteries (par 2) (réf. 2865), 1 étui porte-batteries (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104234), 1 sacoche d'épaule (HeartMate GoGear Pocket Controller) (gauche/droite) (réfs 106449/104233), 1 kit de douche (HeartMate GoGear Pocket Controller) (par 2) (réf. 104232), 1 veste de transport (HeartMate GoGear Pocket Controller) (taille S/M/L) (réf. 104229/104230/104231).</p> <p>Instruments d'implantation : tunnélisateur (réf. 102137), outil de démontage (spanneur wrench) (réf.102138).</p> <p>Equipement: – module d'alimentation avec câbles (réf. 103868) fourni avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286); ou unité d'alimentation mobile (réf. 107758) comprenant 1 cordon d'alimentation (réf. 107757) et fournie avec un chargeur universel de batteries (réf. 103869) et un moniteur de système avec câble (réf. 1286). Cette unité d'alimentation mobile ne sera fournie qu'aux patients nouvellement implantés et bénéficiant de la dernière version du contrôleur de système Pocket (réf. 106017) comprenant une batterie de secours (réf. 106128).</p>		
--	--	--	--

Société HeartWare international Inc (HeartWare)

Le DACM HEARTWARE est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est $\geq 1,2$ m² dans les situations suivantes :

- indication en situation aiguë : défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ;
- indication élective : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

Les contre-indications au dispositif HEARTWARE sont :

- dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ;
- insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ;
- troubles majeurs de la crase sanguine ;
- hémorragie incontrôlée ;
- syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ;
- lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ;

- cachexie ;
- maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ;
- désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ;
- affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ;
- âge ≥ 70 ans ;
- rupture septale non traitée.

Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de cœur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants.

Chaque établissement doit disposer :

- d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM),
- d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale,
 - d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes, psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication,
- de plusieurs DACM dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles.

L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.

Sont également nécessaires :

- une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ;
- une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales.

Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.

De plus, il doit assurer la continuité des soins (7j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.

Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).

Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :

- assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier...
- fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ;
- fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ;
- joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ;
- assurer des prestations minimales associées aux DACM :
 - en permanence :
- fournir une hot-line (24 h/24, 7 j/7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ;
- fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ;
 - fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne.

Avant l'implantation :

- assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire.
A l'implantation :
- fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ;
 - mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin ;
- Du séjour en réanimation au retour à domicile :
- fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ;
- assurer la garantie et la maintenance avec au moins :
- un service après vente pièces et main-d'œuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ;
- une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ;
- une maintenance de la console ;
- le changement des batteries.

La prise en charge est assurée pour le produit suivant :

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3484843	<p>Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, HEARTWARE, HEARTWARE</p> <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation.</p> <p>HEARTWARE est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono- ventriculaire gauche.</p> <p>Il est constitué d'une pompe à sang, d'une unité de contrôle, d'une double alimentation électrique et d'un moniteur.</p> <p>La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <p>Composants implantables et outils chirurgicaux :</p> <p>1 pompe HVAD TM (réf. 1102) ; 1 tube de dacron en polyester imprégnée de gel 10 mm (réf. 1125) ; 1 ensemble d'accessoires de la pompe HVADTM comprenant un capuchon de canule, un anneau de suture, et un dispositif anti-pli (réf. 1151) ; 1 câble d'extension de l'arbre d'entraînement (réf. 100) ; 1 couvercle de câble (réf. 1175) ; 1 ensemble d'outils chirurgicaux composé d'une poignée et d'une tige du dispositif de tunnelisation, d'un outil d'excision, d'un capuchon de câble, d'un tournevis hexagonal, et d'une clé de serrage d'anneau de suture (réf. 1310).</p> <p>Composants externes/périphériques :</p> <p>2 contrôleurs/unités de contrôle (réf. 1401-DE ou réf. 1407-DE) ; 1 adaptateur courant continu de contrôleur (réf. 1435 ou réf. 1430) ; 1 adaptateur courant alternatif de contrôleur (réf. 1425DE ou réf. 1430) ; 1 adaptateur d'alarme (réf. 1450) ; 1 pack du patient/sacoche du transport (réf. 1475) ; 1 boîte de batteries (1 boîte de 4 batteries) (réf. 5020) ; 4 batteries (1 boîte de 1 batterie) (réf. 1650-DE) ; 2 chargeurs de batteries (réf. 1600-DE ou réf. 1610-DE) ; 1 mémoire flash USB (réf. 1560) ; 1 sac de douche (réf. 2000-DE) ; 1 sacoche du transport (ceinture) (réf. 2050) ; 1 sacoche du transport (épaule) (réf. 2060).</p>	10 080 000	10 080 000

Société IST Cardiology SARL (IST)

Code	Nomenclature	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	--------------	-------------------	---------------------

3430126	<p>Dispositif assistance circulat, mono-ventricul gauche, IST, JARVIK 2000</p> <p>Indications : Le dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) JARVIK 2000 est indiqué lorsque la surface corporelle du patient est comprise entre 1,2 m2 et 2,3 m2 dans les situations suivantes : – défaillance aiguë mono ou bi-ventriculaire chez l'insuffisant cardiaque, non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle (médicamenteuse et/ou interventionnelle et/ou chirurgicale) ; – insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance mono ou bi-ventriculaire, lorsque la vie est menacée malgré un traitement optimal, et au terme d'une concertation pluridisciplinaire.</p> <p>Contre-indications : – dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; – insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale...) ; – troubles majeurs de la crase sanguine ; – hémorragie incontrôlée ; – syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; – lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; – cachexie ; – maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; – désordres psychiatriques mettant en péril l'observance du traitement, manque de coopération ; – affection de mauvais pronostic lorsque l'espérance de vie est inférieure à 2 ans ; – âge _ 70 ans ; – rupture septale non traitée ; – patient présentant une sensibilité connue aux produits d'origine bovine.</p> <p>Modalités de prescription et d'utilisation : Seuls les établissements de santé autorisés à pratiquer la greffe de coeur selon les critères prévus à l'article R. 6123-76 modifié du code de la santé publique peuvent pratiquer la transplantation de DACM sous réserve qu'ils satisfassent aux critères de moyens, de compétences et d'organisation suivants. Chaque établissement doit disposer : – d'une unité de traitement de l'insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues formés à l'assistance circulatoire mécanique (ACM) ; – d'une équipe chirurgicale formée à l'ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; – d'un comité pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes réanimateurs, perfusionnistes,</p>	10 507 800	10 507 800
---------	---	------------	------------

	<p>psychologue) dédié à l'ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l'indication ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – de plusieurs DACM, dont un au moins adapté aux petites surfaces corporelles. <p>L'équipe médico-chirurgicale (cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, réanimateurs, perfusionnistes, équipe paramédicale) doit avoir acquis, dans le cadre d'une formation initiale spécifique, et maintenir la connaissance nécessaire à cette activité.</p> <p>Sont également nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une formation spécifique sur les dispositifs implantés dans le centre ; – une formation pratique à la technique effectuée par compagnonnage dans un centre agréé pour les nouvelles équipes médico-chirurgicales. <p>Le centre doit s'engager à participer au protocole mis en place afin d'assurer un suivi national prospectif et exhaustif de toutes les implantations de DACM.</p> <p>De plus, il doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients.</p> <p>Le retour à domicile doit être accompagné par l'équipe hospitalière. Celle-ci doit prendre contact et informer l'entourage du patient (social et médical).</p> <p>Le fabricant devra satisfaire aux exigences suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – assurer la compatibilité de son dispositif aux systèmes français d'alimentation : prise de courant électrique, circuits d'air comprimé hospitalier... – fournir un kit d'implantation comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en place du dispositif (incluant les pièces de secours) ; – fournir un kit d'équipement permettant l'automatisation du patient ; – joindre au dispositif des documents précisant notamment les valeurs limites pour le temps de céphaline activée (TCA) et pour le rapport international normalisé (INR) ; – assurer des prestations minimales associées aux DACM : <p>En permanence :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fournir une hot-line (24 h/24, 7 j /7) capable de répondre par téléphone aux questions techniques des utilisateurs et du patient ; – fournir un service de dépannage capable d'intervenir dans les 24 heures qui suivent la demande ; – fournir en double toutes les pièces indispensables au fonctionnement du système (ventricule, câble d'alimentation, console de contrôle, batteries et chargeur) afin de permettre le dépannage en urgence en cas de panne. <p>Avant l'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – assurer une formation de l'ensemble des personnels amenés à intervenir sur le système d'assistance circulatoire. <p>A l'implantation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fournir le DCAM dans les 24 heures qui suivent la demande ; – mettre à disposition dans les 24 heures qui suivent la demande une personne expérimentée compétente qui puisse 	
--	---	--

	<p>être présente lors des premières implantations de l'équipe, et par la suite si l'équipe chirurgicale en exprime le besoin.</p> <p>Du séjour en réanimation au retour à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> – fournir en double les pièces indispensables qui doivent suivre le patient lors de ses hospitalisations, puis en centre de rééducation, et ensuite à son domicile ; – assurer la garantie et la maintenance avec au moins : – un service après-vente pièces et main-d'oeuvre pendant les deux ans suivant l'implantation ; – une maintenance du dispositif implanté et de la partie extracorporelle ; – une maintenance de la console ; – le changement des batteries. <p>Le tarif comprend la maintenance, la réparation et le remplacement de tous les éléments y compris batteries pendant les deux années suivant l'implantation.</p> <p>JARVIK 2000 est un DACM à débit continu (non pulsatile) électrique intracorporel mono-ventriculaire gauche. Il est constitué d'une pompe à sang, d'un contrôleur de système, d'une source d'alimentation.</p> <p>Références :</p> <p>Modèle rétro-auriculaire.</p> <p>Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-001), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-201), 1 platine rétro-auriculaire stérile (réf. JHI-607), 7 vis stériles (réf. AS0003-1), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-201), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204).</p> <p>Modèle abdominal.</p> <p>Kit d'implantation Jarvik 2000, comprenant : 1 pompe (réf. JHI-002), 1 câble d'alimentation externe stérile (réf. JHI-204), 2 contrôleurs Flowmaker (réf. JHI-102), 3 batteries d'alarme 6V, 3 batteries au Li-ion (réf. JHI-301), 2 batteries de réserve (réf. JHI-303), 2 chargeurs de batterie au Li-ion (réf. JHI-404), 4 cordons d'alimentation pour connecter au secteur les chargeurs de batterie au Li-ion et les batteries de réserve (réf. JHI-209), 3 câbles de batterie Li-ion (réf. JHI-202), 3 câbles en « Y » (réf. JHI-212), 2 câbles externes supplémentaires (réf. JHI-204), 2 câbles de « douche » (réf. JHI-204).</p>		
3459354	<p>Dispositif assistance circulat., bi-ventricul., IST, SYNCARDIA TAH-t</p> <p>SYNCARDIA TAH-t est un dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM) pneumatique intracorporel orthotopique bi-ventriculaire.</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> – indications en situation aiguë : défaillance cardiaque aiguë bi-ventriculaire, non réversible non contrôlée par un traitement optimal, en l'absence d'alternative thérapeutique conventionnelle ; 	11 773 800	11 773 800

	<p>– indications électorive : insuffisance cardiaque chronique évoluée avec défaillance biventriculaire non réversible lorsque le pronostic vital est engagé malgré un traitement optimal et au terme d’une consultation pluridisciplinaire. Les patients doivent avoir un espace suffisant à la place des ventricules naturels dans la cavité thoracique (cela concerne les patients ayant une surface corporelle _ 1,7 m2, ou une distance entre le sternum et le 10e corps vertébral, mesurée par tomodensitométrie _ 10 cm).</p> <p>La cardiectomie préalable à l’implantation du SYNCARDIA TAH-t 70 cc avec valves Hall permet son utilisation dans des situations où l’implantation des DACM, biventriculaires hétérotopiques est complexe (rejet de greffe, prothèses valvulaires, régurgitation aortique, thrombus mural du ventricule gauche) ou contre indiqués (rupture septale).</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dysfonction pulmonaire sévère, hypertension artérielle pulmonaire fixée ; – insuffisance hépatique sévère (cirrhose, hypertension portale, etc.) ; – troubles majeurs de la crase sanguine ; – hémorragie incontrôlée ; – syndrome septique et inflammatoire systémique non contrôlé ; – lésions irréversibles documentées du système nerveux central, accident vasculaire cérébral récent ; – cachexie ; – maladie systémique avec atteinte de plusieurs organes ; – désordres psychiatriques mettant en péril l’observance du traitement, manque de coopération ; – affection de mauvais pronostic lorsque l’espérance de vie est inférieure à 2 ans ; – âge _ 70 ans ; – surface corporelle _ 1,7 m2 ; <p>Modalités de prescription et d’utilisation :</p> <p>L’assistance circulatoire mécanique doit être pratiquée uniquement dans des centres satisfaisant à des critères de moyens, de compétences, et d’organisation.</p> <p>Chaque centre doit disposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d’une unité de traitement de l’insuffisance cardiaque avec au moins 2 cardiologues ; – d’une équipe chirurgicale formée à l’ACM : 2 chirurgiens cardiaques, 2 anesthésistes réanimateurs, 2 perfusionnistes et 1 équipe paramédicale ; – d’un comité dédié à l’ACM et à la greffe cardiaque afin de discuter l’indication ; – de plusieurs DACM dont 1 au moins adapté aux petites surfaces corporelles. <p>De plus, le centre doit assurer la continuité des soins (7 j/7 et 24 h/24) à toutes les phases du traitement : chirurgie, réanimation, hospitalisation, suivi des patients. Il doit s’engager à participer au protocole de suivi.</p> <p>Afin de couvrir le besoin en ACM, la commission recommande que les équipes autorisées pour la transplantation cardiaque puissent pratiquer l’ACM, sous réserve qu’elles en fassent la demande et qu’elles satisfassent à l’ensemble des conditions sus décrites.</p>	
--	--	--

	<p>Références :</p> <p>Composants implantables stériles :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 500101 : coeur artificiel SYNCARDIA TAH-t, 70 cc comprenant 1 ventricule artificiel gauche avec valves Hall Medtronic, 1 ventricule artificiel droit avec valves Hall Medtronic, 1 double tubulure pneumatique pour ventricule droit et ventricule gauche, 1 set d'outils chirurgicaux (2 raccords d'admission, 2 raccords d'éjection, 1 pack auxiliaire pour les tubulures, des embouts de vérification de pression à l'admission et à l'éjection, des dispositifs d'attache, 2 aiguilles d'évacuation d'air) ; – 500177 : kit chirurgical de rechange ; – 3977004-001 : pompe manuelle Syncardia. <p>Console d'activation externe et accessoires non stériles :</p> <p>A usage hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 397002-001 : 1 système Companion 2 Driver comprenant 1 console « Drive Unit » (réf. C-400001), 1 chariot hospitalier « Hospital Cart » (réf. C-400002), 1 chariot de transport « Driver system caddy » (réf. C-400003), 1 console d'entraînement de secours, 2 batteries + 2 batteries supplémentaires pour la console secours, 2 cordons d'alimentation CA, 1 chariot « caddy », 1 tuyau pneumatique pour connexion air mural, 1 pompe pour les roues du chariot « caddy ». <p>A usage ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 595000-001 : 1 console FREEDOM Driver comprenant 1 console d'entraînement principale équipée d'un adaptateur secteur, 1 kit sortie hôpital – EU (réf. 595631-001), 1 chargeur pour la batterie (réf. 295054-001), 1 console d'entraînement de secours équipé d'un adaptateur secteur, 1 adaptateur secteur supplémentaire, 4 batteries embarquées, 2 par console d'entraînement, 2 blocs d'alimentation CA et leur cordon, 1 chargeur de voiture, 2 dragonnes, 2 batteries factices, 1 boîte de filtres contenant un tournevis, 1 kit d'outils pour le patient (liens plastiques, 1 pince coupante, attache-câbles pour tubulures), 1 sac à bandoulière, 1 sac à dos et 1 sac pour accessoires. <p>La prise en charge de SYNCARDIA TAH-t comprend également la maintenance dans les deux ans suivant son implantation.</p>		
--	---	--	--

Section 10. - Neurostimulateur du nerf vague gauche

La prise en charge est assurée pour l'enfant ou adulte atteint d'une épilepsie avérée (crise enregistrée en EEG) invalidante et pharmaco-résistante pour laquelle l'indication d'un traitement chirurgical intracrânien n'a pas été retenue.

Les épilepsies pharmaco-résistantes sont définies par la persistance de crises après deux ans sous traitement adapté, c'est-à-dire utilisation préalable en monothérapie séquentielle d'au moins deux médicaments antiépileptiques et d'au moins une association de deux médicaments antiépileptiques pendant une durée suffisante pour permettre d'en apprécier l'efficacité.

Pour être pris en charge :

- le médecin qui pose l'indication doit être neurologue ou pédiatre, avoir une activité d'épileptologie et disposer dans sa structure d'exercice d'un matériel de monitoring vidéo-EEG permettant des enregistrements de longue durée (24 heures) ;
- ce spécialiste (neurologue ou pédiatre qualifié comme ci-dessus) doit :
 - * S'être assuré du caractère invalidant et pharmaco-résistant de l'épilepsie ;
 - * Avoir discuté le dossier du patient avec une équipe ayant l'expérience du bilan préchirurgical de l'épilepsie, cette discussion conduisant à ne pas retenir l'indication d'un traitement par chirurgie intracrânienne de son épilepsie ;
- * Avoir pris l'avis du chirurgien et de l'anesthésiste pour s'assurer de l'absence de contre-indication à l'acte de pose du stimulateur.

Le dispositif doit être implanté par un neurochirurgien. Celui-ci doit avoir reçu une formation spécifique auprès d'une équipe ayant l'expérience dans la pose de ce dispositif.

Le suivi du patient doit être assuré par un neurologue ou un pédiatre ayant les compétences définies pour poser l'indication.

La prise en charge de ce produit est subordonnée à une prescription médicale et à la procédure d'entente préalable conforme à l'article LP 33 de la Loi du Pays 2013-1 sus-visée.

Société Cyberonics Europe BVBA (CYBERONICS)

Code	Référence	Société	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3488203	Neurostimulateur du nerf vague gauche, CYBERONICS, NCP 102 et 102R. Stimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP), modèles 102 et 102R, de la société Cyberonics Europe SA/NV.	CYBERONICS EUROPE BVBA	856 200	856 200
3432993	Neurostimulateur du nerf vague gauche, CYBERONICS, l'électrode VNS bipolaire 302. Electrode VNS bipolaire pour neurostimulateur du nerf vague gauche NeuroCybernetic Prothesis (NCP), modèles 302-20 et 302- 30, de la société Cyberonics Europe SA/NV.	CYBERONICS EUROPE BVBA	252 510	252 510

Section 11. - Système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale

La prise en charge d'un système de stimulation cérébrale profonde bilatérale ou unilatérale est assurée pour les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique qui répondent aux critères de sélection suivants :

- âge inférieur à 70 ans ;
- maladie dopa-dépendante : réponse bonne ou excellente à la L-Dopa (en phase " on ", le patient est autonome pour tous les gestes de la vie courante) ;
- stade de Hoehn & Yahr supérieur ou égal à 3 en phase " off ", sauf pour les formes où domine le tremblement unilatéral sévère ;
- score de l'échelle de Schwab & England < 70 % ;
- présence de complications provoquées par la L-Dopa : fluctuations " on-off " et dyskinésies. Durée de la période " off " supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée).

Durée des dyskinésies supérieure ou égale à 2 (2 = 26 à 50 % de la journée). Incapacité liée aux dyskinésies supérieur ou égale à 2 (2 = incapacité modérée).

Persistance d'une invalidité à certains moments de la journée, marquée par l'un au moins des symptômes suivants :

- tremblement permanent, de grande amplitude, interférant avec les actes moteurs ;
- akinésie supérieure ou égale à 3-4 pour au moins un item des mouvements répétitifs de l'UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) ;
- incapacité à se lever de sa chaise ;
- incapacité à se retourner dans son lit ;
- dystonie douloureuse en période " off ".

Malade bénéficiant de toutes les stratégies thérapeutiques disponibles adaptées à son cas.

Bon état général.

Ce système de stimulation cérébrale profonde pour les patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- patients présentant une réponse modérée ou mauvaise à la L-Dopa : chute ou absence d'autonomie en phase " on " ;
- Schwab & England > 70 % en phase " off ".

Les contre-indications d'ordre général sont :

- mauvais état général ;
- patients ayant une pathologie associée durable (angor instable, macroangiopathie cérébrale sévère, HTA non contrôlée, cancer en évolution ou autre pathologie entraînant un risque de décès, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère, immunosuppression, traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ou bien par AINS ou Doperpine, présence d'un syndrome pseudo-bulbaire survenue après une chirurgie précédente pour maladie de Parkinson).

Les contre-indications d'ordre psychiatrique sont :

- déficit cognitif : démence, dysfonctionnement frontal sévère ;
- troubles psychiatriques : hallucinations chroniques, délires, confusion mentale, dépression sévère ;
- troubles de la personnalité : instabilité comportementale, mauvaise coopération, difficultés d'adaptation familiale ou sociale.

La prise en charge de ce système n'est assurée que si l'implantation a été réalisée par une équipe multidisciplinaire et disposant d'un plateau technique spécialisé.

L'équipe multidisciplinaire associe un anesthésiste, un neurologue, un neurochirurgien, un neuroradiologue un neurophysiologiste et un neuro-psychologue, sous la responsabilité d'un coordinateur référent.

La prise en charge de l'implantation de ce système n'est assurée qu'après examen par l'équipe multidisciplinaire conduisant à l'occasion d'une hospitalisation programmée en service de neurologie à la réalisation des tests suivants :

- un test aigu à la L-Dopa, pour valider et mesurer précisément la réactivité du patient à ce médicament (score UPDRS III en " off " et en " on ", tests chronométrés...) pour la maladie de Parkinson ; ou
- une évaluation du tremblement (clinique et/ou vidéo ou analyse du mouvement) ;
- une IRM encéphalique évaluant l'atrophie cérébrale et recherchant des anomalies contre-indiquant l'intervention ;
- une évaluation neuropsychologique (pour éliminer une démence débutante) ;
- un examen clinique général ;
- une évaluation psychiatrique le cas échéant.

L'équipe proposant l'intervention au patient lui doit une information complète et doit être en mesure d'assurer son suivi pendant plus de cinq ans.

Le neurologue doit avoir un intérêt marqué (plus de 50 % de son activité) pour les mouvements anormaux. Il doit avoir préalablement participé à 10 interventions et pratiqué 20 réglages de stimulation dans une structure pratiquant ce type d'intervention.

Le neurochirurgien doit avoir une formation de stéréotaxie et avoir été formé par compagnonnage à la chirurgie des mouvements anormaux pendant au moins un an et avoir participé à 10 interventions dans un service de neurochirurgie stéréotaxique.

Le neuroradiologue doit être formé à la stéréotaxie par compagnonnage, en particulier à l'IRM stéréotaxique (référentiel, calcul de trajectoire, etc.) par une formation d'une semaine à temps plein. Un manipulateur en radiologie doit être spécialement formé pour assurer la responsabilité du matériel de radiologie stéréotaxique.

Le neurophysiologiste, déjà formé à l'électrophysiologie, doit avoir participé à cinq procédures avec un neurophysiologiste entraîné.

L'équipe pluridisciplinaire doit assurer un minimum de prise en charge de 20 patients par an.

Le centre de stimulation cérébrale profonde doit posséder :

- un service d'hospitalisation intégrant une unité de pathologie du mouvement ;
- un service de neurochirurgie ;
- un service d'imagerie intégrant la neuroradiologie stéréotaxique ;
- un service d'explorations fonctionnelles neurophysiologiques.

La plate-forme technique nécessaire à l'intervention doit comporter :

- un équipement de neurophysiologie pour la stimulation et/ou l'enregistrement peropératoire ;
- un système d'imagerie avec une IRM de plus de 1 tesla ;
- un cadre de stéréotaxie en salle d'opération.

La téléradiologie peut être utile en cas d'imagerie supplémentaire par ventriculographie et peut donc faire partie de la plate-forme technique.

Ce système doit être implanté par un praticien ayant bénéficié d'une formation à la technique, dans des centres satisfaisant à l'ensemble des critères susmentionnés.

La prise en charge est assurée pour les systèmes suivants :

Société Medtronic France SAS (Medtronic)

La prise en charge est assurée également :

1) Pour les patients atteints de tremblements invalidants sévères, rebelles aux traitements médicamenteux, en particulier dans le cadre du tremblement essentiel, qui répondent aux critères de sélection suivants :

- tremblement invalidant sévère depuis plus d'un an, interférant avec les actes essentiels de la vie courante ;
- patient ayant bénéficié de tous les recours thérapeutiques disponibles : propranolol, anticonvulsivants, benzodiazépines ;
- score ETRS (Essential Tremor Rating Scale) > 25.

Ce système de stimulation cérébrale profonde pour les patients atteints de tremblements invalidants sévères est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- mauvais état général ;
- patients ayant une pathologie associée durable (angor instable, macroangiopathie cérébrale sévère, HTA non contrôlée, cancer en évolution ou autre pathologie entraînant un risque de décès, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère, immunosuppression, traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, ou bien par AINS ou DoperGINE, antécédents de neurochirurgie lésionnelle ;
- troubles psychiatriques (démences, troubles de la personnalité, troubles cognitifs..).

2) Pour les patients âgés de 7 ans ou plus atteints de dystonie primaire chronique généralisée pharmaco-résistante. Les versions non rechargeables des systèmes de stimulation cérébrale profonde sont réservées aux patients âgés de 7 ans ou plus n'ayant pas des capacités cognitives et/ou ne bénéficiant pas d'un encadrement familial compatible avec la réalisation des recharges.

Les conditions de prescription et d'implantation sont décrites dans l'entête de la section 11 ci-dessus.

Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC comprend un stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC, 2 électrodes KINETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3437358), 2 extensions ACTIVA PC (code 3491040) et 1 télécommande ACTIVA PC (code 3442106).

Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC comprend 1 stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC (modèle 37603), 1 électrode SOLETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3424433), 1 extension ACTIVA PC (code 3491040) et 1 télécommande ACTIVA SC (code 3445270).

Dans certains cas, le système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA peut comprendre 2 ACTIVA SC au lieu d'un ACTIVA PC.

L'ensemble des éléments constituant un système complet n'est pris en charge qu'une seule fois par patient en primo-implantation. En cas de remplacement d'un stimulateur KINETRA ou de deux stimulateurs SOLETRA par le système ACTIVA PC, un ou deux adaptateurs ACTIVA PC pour stimulateur neurologique ACTIVA PC permettent d'assurer la connexion entre les extensions KINETRA ou SOLETRA implantées et le stimulateur ACTIVA PC. En cas de remplacement d'un stimulateur SOLETRA ou de deux stimulateurs SOLETRA par le système ACTIVA SC, le modèle 37602 du stimulateur ACTIVA SC permet une connexion avec les extensions SOLETRA (code 3456367) préalablement implantées.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3456189	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, extension. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 extensions, modèles : 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95, 7483-51	1 307 784	1 307 784
3437358	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, électrode. Références prises en charge : 3387-28, 3387-40, 3389-28, 3389-40. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 électrodes DBS. Les électrodes KINETRA sont compatibles avec les systèmes de stimulation cérébrale profonde bilatérale ACTIVA (KINETRA), ACTIVA PC et ACTIVA RC.	153 242	153 242
3493084	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, extension. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 extensions, modèles : 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95.	48 136	48 136
3478914	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, KINETRA, télécommande. La prise en charge est assurée pour 1 télécommande ACCESS, modèle 7436.	93 511	93 511
3443353	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, stimulateur monocanal. Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde unilatérale, ACTIVA, SOLETRA. La prise en charge est assurée pour le modèle 7426.	653 892	653 892

3424433	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, électrode. La prise en charge est assurée pour 1 électrode DBS, modèles 3387-28, 3387-40, 3389-28, 3389-40.	153 242	153 242
3456367	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, extension. La prise en charge est assurée pour 1 extension, modèles 7482-25, 7482-40, 7482-51, 7482-66, 7482-95, 7482A-25, 7482A-40, 7482A-51, 7482A-66 et 7482A-95, 7483-51. Ces modèles des extensions SOLETRA sont compatibles avec le stimulateur ACTIVA SC de modèle 37602	48 136	48 136
3434437	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA, SOLETRA, télécommande. La prise en charge est assurée pour 1 télécommande ACCESS REVIEW, modèle 7438.	77 545	77 545
3444772	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, stimulateur double canal. Stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37601. En cas de primo-implantation, la prise en charge de ce stimulateur est associée avec celle de 2 électrodes KINETRA pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3437358). En cas de remplacement d'un stimulateur double canal KINETRA, ou de deux stimulateurs mono canal SOLETRA, la prise en charge du stimulateur neurologique ACTIVA PC inclut les adaptateurs ACTIVA PC, modèles 64001 et 64002, permettant une connexion de ce stimulateur avec les extensions KINETRA ou SOLETRA précédemment implantées.	1 307 784	1 307 784
3491040	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, extension. Références prises en charge : 37085-40, 37085-60, 37085-95, 37086-40, 37086-60, 37086-95. La prise en charge est assurée pour 2 extensions, dans le cadre d'un système ACTIVA PC ou ACTIVA RC. Cette extension est compatible avec le modèle 37603 du stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC	48 136	48 136
3442106	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA PC, télécommande Référence prise en charge : 37642 La prise en charge de cette télécommande est incompatible avec celle des modèles 37603 et 37602 du stimulateur neurologique ACTIVA SC (codes 3453802 et 3449605) et compatible avec celle du stimulateur neurologique ACTIVA PC et celle du stimulateur neurologique ACTIVA RC.	93 511	93 511
3453802	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, stimulateur monocanal modèle 37603. Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37603 en cas de primo-implantation. Elle est associée avec celle d'une électrode SOLETRA du système ACTIVA (code 3424433), d'une extension du système ACTIVA PC modèle 37085 (code 3491040). Elle doit être associée avec la télécommande du système ACTIVA PC pour ACTIVA SC (code 3445270).	653 892	653 892
3449605	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, stimulateur monocanal modèle 37602. Stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC. La prise en charge est assurée pour le modèle 37602 en cas de remplacement d'un stimulateur implantable monocanal SOLETRA. Ce modèle se connecte sur l'extension SOLETRA (code 3556367) précédemment implantée. Elle doit être associée à la télécommande du système ACTIVA PC pour ACTIVA SC (code 3445270).	653 892	653 892

3445270	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA SC, télécommande. La prise en charge est assurée pour 1 télécommande patient, modèle 37642. Cette télécommande, destinée au patient, est associée aux modèles 37603 et 37602 du stimulateur implantable monocanal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA SC.	77 545	77 545
3439890	Stimulation cérébrale, MEDTRONIC, ACTIVA RC, stimulateur double canal recharg. Stimulateur implantable double canal rechargeable pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC réservé à l'indication dystonie telle que précisée au 2° figurant en entête de la rubrique relative à la société Medtronic France SAS. 1. Conditions de prescription et d'utilisation pour la prise en charge : Le système complet pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC comprend 1 stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA RC (modèle 37612), 1 kit rechargeable modèle 37651, 2 électrodes pour stimulateur neurologique du système ACTIVA KINETRA (code 3437358), 2 extensions pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3491040) et 1 télécommande pour stimulateur neurologique du système ACTIVA (code 3442106). L'ensemble des éléments constituant un système complet n'est pris en charge qu'une seule fois par patient en primo-implantation. En cas de remplacement d'un stimulateur double canal KINETRA ou de deux stimulateurs monocanal SOLETRA, la prise en charge du stimulateur neurologique ACTIVA RC inclut les adaptateurs ACTIVA PC, modèles 64001 et 64002, permettant une connexion de ce stimulateur avec les extensions KINETRA ou SOLETRA précédemment implantées. 2. Référence prise en charge : Modèle 37612.	2 610 000	2 610 000

Société SAINT JUDE MEDICAL FRANCE (SAINT JUDE)

Il est disponible en deux configurations : LIBRA (unilatérale) et LIBRA XP (bilatérale).

En stimulation unilatérale, le système se compose d'un stimulateur simple canal LIBRA. En stimulation bilatérale, il utilise un stimulateur double canal LIBRA XP ou deux stimulateurs LIBRA. Des sondes électrodes quadripolaires sont utilisées et des extensions permettent la connexion ; un programmeur est fourni.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3479807	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, stimulateur simple canal. Stimulateur implantable simple canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA, de la société SAINT JUDE MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6608.	636 684	636 684
3487847	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, électrode. La prise en charge est assurée dans la limite d'une électrode DBS, modèles 6142, 6143, 6144, 6145, 6146, 6147, 6148 et 6149.	149 209	149 209
3482927	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, extension. La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	46 868	46 868
3428773	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA, télécommande QuickLink. La prise en charge est assurée pour 1 télécommande QuickLink, modèle 6850.	91 050	91 050

3472604	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, stimulateur double canal. Stimulateur implantable double canal pour stimulation cérébrale profonde, LIBRA XP, de la société SAINT JUDE MEDICAL France. La prise en charge est assurée pour le modèle 6644.	1 273 369	1 273 369
3494333	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, électrode. La prise en charge est assurée dans la limite de 2 électrodes DBS, modèles 6142, 6143, 6144, 6145, 6146, 6147, 6148 et 6149.	149 209	149 209
3471993	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, extension. La prise en charge est assurée pour les modèles 6345 et 6346.	46 868	46 868
3437849	Stimulation cérébrale, ST JUDE, LIBRA XP, télécommande QuickLink. La prise en charge est assurée pour une télécommande QuickLink, modèle 6850.	91 050	91 050

Section 12. - Systèmes d'implants cochléaires et d'implants du tronc cérébral

La prise en charge des implants cochléaires et du tronc cérébral est subordonnée aux conditions suivantes :

Conditions générales

Les implants cochléaires et implants du tronc cérébral doivent être prescrits (en première intention et en renouvellement) et implantés dans un établissement de santé autorisé conformément à la réglementation en vigueur.

Le bilan pré-implantation, l'implantation, le suivi et les réglages post-implantation doivent être réalisés par le même centre.

Conditions relatives à la composition de l'équipe pluridisciplinaire

1- Centres prenant en charge les adultes

L'équipe doit réunir les compétences en personnel suivantes :

- médecin(s) ORL audiologiste(s) réalisant les évaluations audiométriques et vestibulaires ;
- chirurgien(s) expérimenté(s) en chirurgie otologique ;
- orthophoniste(s) spécialisé(s) dans la surdité de l'adulte ;
- psychologue(s) ;
- médecin(s) ou technicien(s) spécialisé(s) en électrophysiologie capable(s) de réaliser les tests électrophysiologiques préopératoires, per opératoires, et les réglages postopératoires du processeur de l'implant cochléaire ;
- audioprothésiste(s).

De plus l'équipe doit être entourée par ou travailler en réseau avec des professionnels disposant des compétences de :

- généticien ;
- gériatre et neuropsychologue pour évaluation avant implantation des personnes âgées ;
- radiologue spécialisé en matière d'imagerie otologique (IRM et scanner).

Le rôle de cette équipe est d'assurer :

- le bilan vérifiant l'indication d'implantation cochléaire et éliminant les contre-indications ;
- l'implantation chirurgicale ;
- des bilans orthophoniques réguliers et un suivi à long terme avec un minimum d'une année dans le centre implanteur (la rééducation orthophonique proprement dite pouvant être réalisée dans le cadre d'une organisation coordonnée avec d'autres professionnels ou structures) ;
- les réglages de l'implant réalisés par un médecin ou sous autorité médicale, par un orthophoniste, un audioprothésiste ou un technicien électrophysiologiste ;
- les liens entre professionnels (travail en réseau) impliqués localement dans la prise en charge de l'adulte malentendant (médecins du travail, associations de malentendants).

2- Centres prenant en charge les enfants

L'équipe doit réunir les compétences en personnel suivantes :

- médecin(s) ORL audiologiste(s) rompu(s) à la pratique pédiatrique, maîtrisant en particulier les techniques audiométriques subjectives et objectives applicables chez le très jeune enfant ;
- chirurgien(s) expérimenté(s) dans la chirurgie otologique pédiatrique ;
- orthophoniste(s) spécialisé(s) dans la surdité de l'enfant ;
- psychologue(s) ;
- médecin(s) ou technicien(s) spécialisé(s) en électrophysiologie capable(s) de réaliser les tests électrophysiologiques préopératoires, per opératoires, et les réglages postopératoires du processeur de l'implant cochléaire ;
- audioprothésiste.

De plus l'équipe doit être entourée par ou travailler en réseau avec des professionnels disposant des compétences de :

- généticien ;
- pédiatre ;
- radiologue pédiatrique réalisant IRM et scanner ;
- neuropédiatre ;
- pédopsychiatre ;
- ophtalmologue pédiatrique ;
- réanimateur pédiatrique ;
- anesthésiste pédiatrique.

Le rôle de cette équipe est d'effectuer :

- le bilan vérifiant l'indication d'implantation cochléaire et éliminant les contre-indications ;
- l'implantation chirurgicale ;

- des bilans orthophoniques réguliers et à long terme sur au minimum 5 ans (la rééducation orthophonique proprement dite pouvant être réalisée dans le cadre d'une organisation coordonnée avec d'autres professionnels ou structures) ;
- les réglages de l'implant réalisés par un médecin ou, sous autorité médicale, par un orthophoniste, un audioprothésiste ou un technicien électrophysiologiste ;
- les liens entre professionnels (travail en réseau) impliqués localement dans la prise en charge de l'enfant (orthophonistes, éducateurs, instituteurs...).

3- Centres prenant en charge les adultes et les enfants

Les centres mixtes doivent répondre aux mêmes exigences que les centres prenant en charge des adultes et les centres prenant en charge des enfants.

Conditions relatives à l'environnement technique

Attaché aux centres cités, un certain niveau d'équipement est requis :

- unité de soins adulte et/ou pédiatrique ;
- matériel d'électrophysiologie et de réglage d'implants ;
- matériel d'évaluation orthophonique et audiométrique adulte et/ou pédiatrique.

Conditions relatives à l'activité

Les centres pour adultes se caractérisent par un nombre prévisionnel d'implantations annuelles supérieur à 20. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.

Les centres pédiatriques se caractérisent par un nombre d'implantations pédiatriques annuelles supérieur à 10. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.

Les centres mixtes (adultes - enfants) se caractérisent par un nombre prévisionnel d'implantations annuelles supérieur à 20 dont au moins 10 implantations réalisées chez l'enfant. Cette prévision s'apprécie notamment au regard de l'activité au cours des trois dernières années.

Conditions relatives aux modalités de travail des équipes

1- Pour la prise en charge des adultes

Le centre d'implantation doit travailler en réseau :

- avec les centres de rééducation et les différents intervenants de la filière de soins notamment pour la réalisation de la rééducation orthophonique ;
- afin d'assurer le suivi à long terme des adultes implantés.

Cette organisation peut éventuellement être commune à plusieurs centres d'implantation prenant en charge des adultes, en particulier au-delà de la première année post-implantation.

La ou les filières de soins qui résultent de cette organisation doivent être explicitement décrites.

Le centre organise, en lien avec les associations de patients, des rencontres avec des patients déjà implantés afin d'échanger les expériences.

2- Pour la prise en charge des enfants

Le centre d'implantation doit travailler en réseau avec les centres pédagogiques et de rééducation et les différents intervenants de la filière de soins (notamment pour la réalisation de la rééducation orthophonique) pour assurer le suivi à long terme des enfants implantés.

La ou les structures assurent le suivi à très long terme, faisant relais vers l'âge adulte de l'enfant implanté.

La ou les filières de soins doivent être explicitement décrites.

Le centre organise, en lien avec les associations de patients, des rencontres avec des patients déjà implantés afin d'échanger les expériences.

Conditions relatives au suivi des patients

Chaque centre d'implantation (pour adultes ou enfants) est tenu de réaliser un relevé régulier de son activité. A cet effet, il met en place un registre des patients implantés qui doit comporter conformément à la demande de la HAS le résultat du niveau perceptif, les complications éventuelles et le devenir des patients implantés.

Conditions relatives à l'organisation de la prise en charge globale pluridisciplinaire

La multidisciplinarité de la prise en charge se justifie aux différentes étapes. Elle s'applique dans les centres d'implantations et dans les filières de soins qui leur sont liées.

Les principes en sont les suivants :

Lors du bilan pré-implantation, le médecin ORL envisage l'indication d'implant et propose l'évaluation pluridisciplinaire. A cette étape, le diagnostic de la cause de la surdité est parfois à établir à partir des données cliniques, audiologiques, biologiques et radiologiques.

Les principaux intervenants sont :

- le médecin ORL, audiologiste, réalisant les tests audiométriques et objectifs (potentiels évoqués auditifs) ;
- l'orthophoniste évaluant la communication, le développement de la lecture labiale ;
- l'audioprothésiste déterminant les possibilités d'appareillage et leurs limites en termes de bénéfice ;
- le psychologue prenant en compte la motivation personnelle et familiale ainsi que l'environnement ;
- le radiologue précisant, au scanner et à l'IRM, l'état des cochlées mais aussi des voies auditives périphériques et centrales ;
- le chirurgien ORL validant, avec l'équipe, l'indication avec ses possibles particularités.

Certaines situations conduisent à faire appel à d'autres disciplines :

- bilan génétique avec consultation spécialisée pour étayer le diagnostic de surdité génétique ;
- bilan neuropsychologique et cognitif chez les patients âgés.

Lors de l'intervention chirurgicale, le chirurgien ORL réalise l'implantation. L'équipe anesthésique applique les procédures adaptées à partir des données recueillies en préopératoire. Les mesures électrophysiologiques réalisées en fin d'intervention par le chirurgien, l'audiologiste, l'orthophoniste, l'ingénieur ou le technicien valident le fonctionnement de l'implant, les seuils de réponses attendus qui seront utiles aux premiers réglages.

Les centres planteurs doivent assurer un suivi :

- pour les adultes pendant au moins un an après la chirurgie de façon à effectuer les réglages d'implants, la surveillance médicale et les bilans orthophoniques ;
 - pour les enfants pendant au moins cinq ans après la chirurgie, de façon à effectuer les réglages d'implants, la surveillance médicale et les bilans orthophoniques.
- Ce suivi peut être organisé en lien avec une ou des structures qui s'assureront de l'efficacité de l'implant et que la maintenance est bien effectuée.

Les réglages sont réalisés, sous contrôle médical, selon les cas par un médecin, un audioprothésiste, un technicien. Le déroulement des premiers réglages peut justifier des contrôles électrophysiologiques ou radiologiques.

La rééducation post-implantation est réalisée initialement dans le centre, puis dans le réseau de soins.

Les évaluations régulières sont réalisées dans le centre d'implantation puis dans le cadre du réseau de soins impliquant les médecins audiologistes, orthophonistes et audioprothésistes (prothèse controlatérale). Si nécessaire une évaluation médicale ou psychologique peut être décidée (baisse des performances sans explication matérielle...).

Le suivi à long terme comporte des évaluations annuelles en termes de communication (orthophoniste, médecin audiologiste) et de possibilité d'appareillage controlatéral (audioprothésiste).

Statistiques d'activité examinées en vue de la révision de la liste

Ces statistiques doivent permettre d'apprécier :

- le respect des indications de prise en charge ;
- l'existence de complications post-opératoires immédiates et à distance : fréquence et nature ;
- la durée moyenne d'hospitalisation (à comparer avec la DMS habituellement constatée de 2 à 4 jours) ;
- la formation continue (fréquence et nombre de formations) ;
- la bonne tenue du registre des patients ;
- la régularité du suivi des patients notamment bilan orthophonique et réglage de l'appareil ;
- les résultats (discrimination et production de parole) ;
- l'existence d'un questionnaire de satisfaction des patients et analyse des réponses.

Conditions supplémentaires spécifiques aux centres mettant en place des implants du tronc cérébral

Les centres mettant en place des implants du tronc cérébral doivent remplir l'ensemble des exigences applicables aux centres mettant en place aux adultes et/ou aux enfants des implants cochléaires (cf. supra), ainsi que les exigences supplémentaires suivantes :

- mettre en place des implants cochléaires et être référents pour la neurofibromatose de type 2 ;
- disposer d'une équipe oto-neurochirurgicale expérimentée en matière de chirurgie de la base du crâne et d'implantation cochléaire ;
- disposer d'un environnement technique avec une composante oto-neurochirurgicale (réanimation, rééducation fonctionnelle...) ;
- réaliser des mesures électrophysiologiques per-opératoires validant la position des électrodes ;
- atteindre un seuil d'activité spécifique : l'équipe neurochirurgicale expérimentée dans la chirurgie de l'angle ponto-cérébelleux doit effectuer plus de 50 chirurgies sur cette zone par an.

Sous-section 1. - Systèmes d'implants cochléaires

Conditions générales de prise en charge

Pour être pris en charge les implants cochléaires doivent présenter une garantie supérieure ou égale à 10 ans. Le renouvellement de l'implant cochléaire n'est pris en charge qu'à l'issue de la période de garantie.

La prise en charge est assurée pour les surdités neuro-sensorielles (surdités de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Ces indications sont précisées comme suit :

Implantation unilatérale de l'enfant

L'implantation doit être la plus précoce possible, sous réserve qu'un bilan complet de surdité, un accompagnement orthophonique et un essai prothétique aient été réalisés.

Si l'enfant est entré dans une communication orale, il peut bénéficier d'une implantation quel que soit son âge. En particulier les adultes jeunes sourds congénitaux peuvent être implantés.

En revanche, dans le cas de la surdité congénitale profonde ou totale non évolutive, si l'enfant au-delà de 5 ans n'a pas développé d'appétence à la communication orale, l'implantation n'est pas recommandée sauf cas particuliers.

Dans le cas d'une surdité profonde, l'implantation cochléaire est indiquée dès lors que le gain prothétique ne permet pas le développement du langage.

Dans le cas d'une surdité sévère, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque la discrimination est inférieure ou égale à 50 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale adaptés à l'âge de l'enfant. Les tests doivent être pratiqués à 60 dB, en champ libre, avec des prothèses bien adaptées sans lecture labiale.

Dans le cas de fluctuations, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque les critères suscités sont atteints plusieurs fois par mois et/ou lorsque les fluctuations retentissent sur le langage de l'enfant.

Implantation unilatérale de l'adulte sourd

Il n'y a pas de limite d'âge à l'implantation cochléaire chez l'adulte, sauf mise en évidence de troubles neuro-cognitifs. Chez le sujet âgé, l'indication relève d'une évaluation individuelle psychocognitive par un centre gériatrique.

L'implantation cochléaire est indiquée en cas de :

- * discrimination inférieure ou égale à 50 % lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale avec la liste cochléaire de Fournier (ou équivalent). Les tests doivent être pratiqués à 60 dB, en champ libre, avec des prothèses bien adaptées sans lecture labiale ;

- * fluctuations, lorsque la fréquence et la durée des fluctuations entraînent un retentissement majeur sur la communication.

Implantation bilatérale de l'enfant

Chez l'enfant, l'implantation bilatérale est indiquée en cas de surdité consécutive à une méningite, à un traumatisme ou à un syndrome de Usher.

Implantation bilatérale de l'adulte sourd

Chez l'adulte, l'implantation bilatérale est indiquée dans les circonstances suivantes :

- * surdité risquant de s'accompagner à court terme d'une ossification cochléaire bilatérale, quelle qu'en soit la cause, en particulier méningite bactérienne, fracture du rocher bilatérale;

- * perte du bénéfice audioprothétique du côté opposé à l'implant cochléaire, accompagnée de conséquences socioprofessionnelles, ou d'une perte d'autonomie chez une personne âgée.

Est considérée comme bilatérale toute implantation de la seconde oreille intervenant dans un délai de six mois chez l'enfant comme chez l'adulte.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Société Advanced Bionics

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3421417	Implant coch, Advanced Bionics, HiRes 90k Bionic Ear. Implant cochléaire, HiRes 90k Bionic Ear, de la société Advanced Bionics. Cet implant comprend un boîtier en titane, une électrode HiFocus 1J et un porte-électrodes. La prise en charge est assurée pour la référence CI-1400-01. Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 920 000	1 920 000
3401521	Implant coch, Advanced Bionics, HiRes 90k Advantage. Implant cochléaire, HiRes 90k Advantage, de la société Advanced Bionics. Cet implant comprend un boîtier en titane avec un porte-électrodes HiFocus 1J. Indication supplémentaire : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Références : CI-1500-01.	1 920 000	1 920 000

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
-------------	------------------	-----------------------	-----------------------------

3458797	<p>Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.</p> <p>Implant coch, COCHLEAR, Nucleus Freedom. Implant cochléaire, Nucleus Freedom, de la société Cochlear France SAS. L'implant cochléaire Nucleus Freedom est proposé avec plusieurs types de porte-électrodes destinés à s'adapter aux caractéristiques anatomiques du patient. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - BOM-CI 24RE : FREEDOM électrode contour advance ; - FDM-24REST : FREEDOM électrode droite.</p>	1 920 000	1 920 000
3477872	<p>Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.</p> <p>Implant coch, COCHLEAR, Nucleus Freedom Hybrid. Implant cochléaire, Nucleus Freedom Hybrid, de la société Cochlear France SAS La prise en charge est assurée pour la référence CI24REH.</p>	1 920 000	1 920 000
3471585	<p>Implant coch, COCHLEAR, Nucleus double faisceaux. Implant cochléaire, Nucleus double faisceaux, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : - Z99012 : double faisceaux CI11+11+2M.</p>	1 920 000	1 920 000
3449835	<p>Implant coch, COCHLEAR, Nucleus 5. Implant cochléaire, Nucleus 5, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : CN5-CI512 : implant cochléaire NUCLEUS CI 512 ; CN5-CI513 : implant cochléaire NUCLEUS CI 513.</p>	1 920 000	1 920 000
3494215	<p>Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.</p> <p>Implant coch., COCHLEAR, Nucleus CI422. Implant cochléaire, Nucleus CI422, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence BOM-CI422.</p>	1 920 000	1 920 000
3415368	<p>Implant coch., COCHLEAR, Nucleus CI551. Implant cochléaire, Nucleus CI551, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence CN5-CI551.</p>	1 920 000	1 920 000

Société Neurelec SA (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3451192	Indication : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Implant coch, Neurelec, DIGISONIC SP. Implant cochléaire, DIGISONIC SP de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-SD.	1 920 000	1 920 000
3401515	Implant coch, Neurelec, DIGISONIC SP EVO. Implant cochléaire, DIGISONIC SP EVO de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-SD-EVO. Indications : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 920 000	1 920 000

Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3453297	Implant coch, Vibrant MED-EL, PULSAR CI100. Implant cochléaire, PULSAR CI100, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. PULSAR CI100 est composé d'un boîtier céramique avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600 Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 03042, 03045, 03094, 03095, 03701, 03699.	1 920 000	1 920 000
3419892	Implant coch, Vibrant MED-EL, SONATA TI100. Implant cochléaire, SONATATI100, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. SONATATI100 est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 04210, 04211, 04212, 04213, 04214 et 04215. Indication supplémentaire : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.	1 920 000	1 920 000

3415960	<p>Implant coch, Vibrant MED-EL, CONCERTO.</p> <p>Implant cochléaire, CONCERTO, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. CONCERTO est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes.</p> <p>Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600.</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 07670, 07672, 07671, 07673 et 07674.</p> <p>Il est également compatible avec le porte-électrode intra-cochléaire Flex28 référence 08363 (12 canaux, 7 paires de contacts à la base et 5 contacts à l'apex, longueur 28 mm, distance inter électrodes 2,1 mm. Embase lisse.)</p> <p>Indication :</p> <p>L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.</p>	1 920 000	1 920 000
3453357	<p>Implant coch, Vibrant MED-EL, CONCERTO PIN.</p> <p>Cet implant est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes.</p> <p>CONCERTO PIN comprend deux petits picots en titane (longueur 1,4 mm et diamètre 1 mm) intégrés en dessous du boîtier de l'implant (même métal).</p> <p>Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600</p> <p>Références prises en charge :</p> <p>Cet implant est compatible avec les porte-électrodes référencés : 07676, 07677, 07678, 07679 et 07680.</p> <p>Il est également compatible avec le porte-électrode intra-cochléaire Flex28 référence 08362 (12 canaux, 7 paires de contacts à la base et 5 contacts à l'apex, longueur 28 mm, distance inter électrodes 2,1 mm.)</p> <p>Indication supplémentaire :</p> <p>L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel.</p>	1 920 000	1 920 000

Sous-section 2. - Systèmes d'implants du tronc cérébral

Pour être pris en charge les implants du tronc cérébral doivent présenter une garantie supérieure ou égale à 10 ans. Le renouvellement de l'implant du tronc cérébral n'est pris en charge qu'à l'issue de la période de garantie.

La prise en charge est assurée pour les surdités neuro-sensorielles (de perception) bilatérales sévères à profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Les indications sont limitées aux circonstances où la cause de la surdité ne permet pas l'implantation cochléaire :

- soit du fait de l'exérèse des tumeurs (schwannome vestibulaire bilatéral) dans le cadre de la neuro-fibromatose de type 2 ;
- soit en cas d'anomalies anatomiques : ossification cochléaire bilatérale totale, malformations cochléaires majeures, fracture bilatérale des rochers, schwannome vestibulaire et surdité controlatérale.

La prise en charge est assurée pour les implants suivants :

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3417580	Implant tronc cérébral, COCHLEAR, Nucleus ABI24M. Implant du tronc cérébral, Nucleus ABI24M, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour la référence suivante : - BOM-ABI4	1 920 000	1 920 000

Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3426165	Implant tronc cérébral, Neurelec, DIGISONIC SP ABI. Implant du tronc cérébral, DIGISONIC SP ABI, de la société Neurelec. La prise en charge est assurée pour la référence I-SP-ABI.	1 920 000	1 920 000

Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3418384	Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, PULSAR CI100 ABI. Implant du tronc cérébral, PULSAR CI100 ABI, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. PULSAR CI100 ABI est composé d'un boîtier céramique avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 03342.	1 920 000	1 920 000

3436293	Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, SONATA TI100 ABI. Implant du tronc cérébral, SONATA TI100 ABI, de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. SONATA TI100 ABI est composé d'un boîtier titane avec un porte-électrodes. Cet implant est compatible avec toutes les références des processeurs de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 04216.	1 920 000	1 920 000
3458024	Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, CONCERTO ABI 06277. CONCERTO ABI comprend un implant avec porte électrodes de stimulation, électrode de masse et électrode de mesures de télémétries. Cet implant est compatible avec toutes les références de la gamme OPUS 2 et de la gamme RONDO prises en charge sous le code 3471600. Références prises en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référencé 06277 (surface du noyau cochléaire 12 canaux).	1 920 000	1 920 000
3433478	Implant tronc cérébral, Vibrant MED-EL, CONCERTO ABI PIN 06278. La référence comprend un implant avec porte électrodes de stimulation, électrode de masse et électrode de mesures de télémétries. Cet implant est compatible avec toutes les références de la gamme OPUS 2 prises en charge sous le code 3471600 Références prise en charge : Cet implant est compatible avec le porte-électrodes référence 06278. Version avec deux petits picots en titane (longueur 1,4 mm et diamètre 1 mm) intégrés en dessous du boîtier titane de l'implant.	1 920 000	1 920 000

Sous-section 3. - Processeurs pour système d'implant cochléaire (implant coch) et implant du tronc cérébral

Pour être pris en charge, les processeurs des systèmes d'implants cochléaires et du tronc cérébral doivent présenter les spécifications techniques minimales suivantes :

Garantie :

La garantie doit être supérieure ou égale à 5 ans.

Assistance :

Les distributeurs devront :

- mettre en dépôt dans chaque centre implanteur des testeurs de fonctionnement s'ils ne sont pas intégrés au processeur ;
- mettre à disposition immédiatement un processeur de remplacement en cas de panne ;
- assurer une permanence téléphonique ou être joignable par messagerie électronique ;

- expédier les pièces de rechange dans un délai maximal de 48 heures.

Le dénombrement des pannes et la conduite à tenir selon le type de panne devront suivre les standards européens validés.

Le renouvellement du processeur pour les implants cochléaires ou du tronc cérébral n'est pris en charge qu'après une période minimale de 5 ans. La prise en charge est assurée pour les processeurs suivants :

Société Advanced Bionics

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3435106	Implant coch, processeur, Advanced Bionics, HiRes. Processeur pour implant cochléaire, HiRes, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de contour d'oreille ou de boîtier. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - AB-8000A : boîtier Platinum Sound Processor (PSP), compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics ; - AB-8000C : boîtier Platinum Sound Processor (PSP), compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics ; - CI-8500-XXX : contour d'oreille HiRes Auria, compatible avec les implants CII et HiRes90k ; - CI-8700-XXX : contour d'oreille Auria Harmony compatible avec la dernière génération des im-plants cochléaires Advanced Bionics.	720 000	720 000
3473940	Implant coch, processeur, Advanced Bionics, Clarion. Processeur pour implant cochléaire, Clarion, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de contour d'oreille ou de boîtier. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : - CI-5210-XXX : processeur Platinum BTE compatible avec l'implant C1 ; - CI-5221-XXX : processeur CII BTE, compatible avec l'implant CII.	720 000	720 000
3408380	Implant coch, processeur, Advanced Bionics, NEPTUNE. Processeur pour implant cochléaire, NEPTUNE, de la société Advanced Bionics. Ce processeur se présente sous forme de boîtier. Indications : L'implantation cochléaire bilatérale chez l'enfant est également prise en charge pour les surdités neurosensorielles (surdités de perception) bilatérales profondes, après échec ou inefficacité d'un appareillage acoustique conventionnel. Références prises en charge : - 303-M131 : malette patient contenant le boîtier NEPTUNE, compatible avec tous les modèles d'implants cochléaires Advanced Bionics.	720 000	720 000

Société Cochlear France SAS (Cochlear)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3474655	<p>Implant coch ou tronc cérébral, processeur, COCHLEAR, Nucleus.</p> <p>Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, Nucleus, de la société Cochlear France SAS. La prise en charge est assurée pour les références suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HYB-BTE (Freedom Hybrid contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - HYB-BWP (Freedom Hybrid boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24REH, CI24RE, CI24M ou CI24R). - CN5-B1 (Nucleus CP810 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom, Nucleus Freedom Hybrid, Nucleus CI422, Nucleus CI512, CI24R et CI24M ou Nucleus CI551) incluant la prise en charge de l'assistant sans fil CR. 110. - CN6-B1 : Nucleus CP910 et Nucleus CP920 permettant : <ul style="list-style-type: none"> 1) La primo-implantation et le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus Freedom (réf. CI24RE-CA et CI24RE-ST), Nucleus CI422 (réf. BOM CI 422), Nucleus Freedom Hybrid (réf. CI24REH), Nucleus 5 (réf. CN5-CI512 et CN5-CI551) et Nucleus ABI24M (réf. BOM-ABI4). 2) Uniquement le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant Nucleus (réf. CI24R, CI24M et CI22M). - FDM-BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-BWP (Freedom boîtier). - FDM-N22BTE (Freedom contour d'oreille permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N22BWP (Freedom boîtier permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - FDM-N24BTE (Freedom contour d'oreille). - FDM-N24BWP (Freedom boîtier). - BOM-E3G22S (Esprit 3G Nucleus 22 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI22M). - BOM-E3G24S (Esprit 3G Nucleus 24 permettant le renouvellement du processeur chez les patients ayant un implant CI24M ou CI24R). 	720 000	720 000

Société Neurelec (Neurelec)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3462155	Implant coch ou tronc cérébral, Neurelec, processeur. Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, de la société Neurelec. Ce processeur est compatible avec l'implant cochléaire DIGISONIC SP et l'implant du tronc cérébral DIGISONIC SPABI et en renouvellement avec les anciennes générations d'implants Digisonic Convex et Digisonic DX10. La prise en charge est assurée pour les références suivantes : DIGI SP (E-SP-TX7) compatible avec les implants Digisonic SP et Digisonic SPABI ; DIGI SPK (E-SP-TX8) compatible avec les implants Digisonic SP et Digisonic SPABI ; DIGISONIC BTE (E-BTE-TX7) compatible avec les anciennes générations d'implants Digisonic Convex et Digisonic DX10.	720 000	720 000
3420850	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, SAPHYR CX Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, SAPHYR CX, de la société Neurelec SAPHYR CX est compatible avec les anciennes générations d'implants Digisonic ABI, Digisonic Convex et Digisonic DX10. Ce processeur est pris en charge en cas de renouvellement uniquement. La prise en charge est assurée pour la référence E-CX-TX9.	720 000	720 000
3450206	Implant coch ou tronc cérébral, processeur, Neurelec, SAPHYR SP Processeur pour implant cochléaire ou implant du tronc cérébral, SAPHYR SP, de la société Neurelec. SAPHYR SP est compatible avec l'implant cochléaire Digisonic SP et l'implant du tronc cérébral Digisonic SPABI. Ce processeur est pris en charge en cas de primo-implantation et en cas de renouvellement. La prise en charge est assurée pour la référence E-SP-TX9.	720 000	720 000

Société Vibrant MED-EL Hearing Technologie (Vibrant MED-EL)

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3471600	Implant coch ou tronc cérébral, Vibrant MED-EL, processeur. Processeur pour implants cochléaires PULSAR CI100, SONATA TI100, CONCERTO et CONCERTO PIN et pour implants du tronc cérébral PULSAR CI100 ABI, SONATA TI100 ABI, CONCERTO ABI et CONCERTO ABI PIN de la société Vibrant MED-EL Hearing Technologie. Références prises en charge : La prise en charge est assurée pour les modèles suivants : - OPUS 1 : références : 04592, 04593, 04596, 04595, 04597 et 04594. - OPUS 2 : références : 04998, 05002, 05014, 05010, 05018, 05006, 07584, 07585, 07592, 07588, 07587, 07589, 07586, 07590, 07591, 07594, 07593, 07596 et 07595. - DUET : référence : 04588. - TEMPO+ : références : 02308, 02820 et 04044. - RONDO : références : 8798, 8799, 8800 et 8801.	720 000	720 000

Section 13 : Stimulateurs phréniques

La prise en charge des stimulateurs phréniques est assurée en cas de traitement des patients dépendant d'une ventilation mécanique externe dans les indications suivantes :

- lésions spinales hautes traumatiques (strictement au-dessus de C4) ;
- hypoventilations alvéolaires centrales congénitales ou acquises.

Elle est assurée pour les patients :

- âgés d'au moins 1 an dépendant au moins partiellement d'une ventilation mécanique externe ;
- ayant une réponse diaphragmatique à la stimulation phrénique démontrant l'intégrité du motoneurone C4 ;
- indemnes d'une pathologie pulmonaire intrinsèque altérant les échanges gazeux ;
- indemnes de troubles psychiatriques significatifs, y compris de tout état dépressif sévère ;
- ayant un état nutritionnel correct.

Une coordination dans les centres implantateurs est nécessaire pour le bilan préimplantation, l'implantation et le suivi.

La décision de l'implantation est pluridisciplinaire et prend en compte les résultats des tests électrophysiologiques, l'état clinique du patient et le contexte psychosocial.

L'équipe pluridisciplinaire intervenant dans la décision de l'implantation doit comprendre un pneumologue et/ou physiologiste, un psychologue, une assistante sociale, un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur, un médecin traitant et, selon les indications, un médecin de médecine physique et de réadaptation pour les lésions spinales hautes traumatiques et un médecin du centre de référence pour les hypoventilations alvéolaires congénitales.

Le bilan préimplantation repose sur l'analyse de la réponse diaphragmatique à la stimulation phrénique :

- électromyographie diaphragmatique de surface pour vérifier l'intégrité de la conduction phrénique ;
- mesure mécanique attestant de l'origine diaphragmatique de l'EMG recueilli, idéalement, par la mesure de la pression transdiaphragmatique, à défaut, par la mesure concomitante de la dépression intrathoracique, mesurable via la pression œsophagienne ou la pression trachéale et de la circonférence abdominale.

Dans le cas d'une hypoventilation alvéolaire centrale, une polysomnographie doit également être faite.

Après l'hospitalisation, il est recommandé de mettre en place un environnement technique à domicile identique à celui des patients trachéotomisés et ventilés moins de 12 heures par jour.

Un seul ventilateur mécanique est nécessaire, ainsi qu'un ballon de ventilation manuelle autogonflable.

La mise à disposition du patient d'un saturimètre et d'un spiromètre mesurant le volume courant cycle à cycle est recommandée.

Pendant la période de garantie, en cas de survenue de panne, l'entreprise doit remplacer en urgence le stimulateur phrénique. Après le délai de garantie, les réparations doivent être prises en charge par l'entreprise.

La prise en charge est assurée pour les produits suivants :

Société Medwin Medical Group (MEDWIN)

Lorsque l'hypoventilation est due à une lésion spinale, un délai de six mois après la survenue de la lésion doit être respecté avant l'implantation, visant à confirmer l'absence de perspective de récupération d'une ventilation spontanée ou l'absence de signes d'aggravation (absence d'altération de la conduction phrénique témoignant d'une dégénérescence nerveuse).

L'implantation est effectuée par un chirurgien thoracique. Aucune formation spécifique n'est nécessaire. Les seuils de stimulation doivent être déterminés pendant l'intervention pour chacune des 4 électrodes de chaque côté, soit 8 électrodes en tout. Cette prestation est actuellement assurée par un technicien de la firme qui commercialise le dispositif ; elle pourrait être effectuée par du personnel spécifiquement formé.

Le plateau technique de chirurgie thoracique n'est pas spécifique pour l'implantation d'ATROSTIM.

Un délai d'environ sept jours est recommandé pour la mise en route de la stimulation intrathoracique, après l'intervention.

Une vérification préalable des seuils de stimulation est alors nécessaire.

Le stimulateur phrénique ATROSTIM est garanti un an.

Pendant toute la durée d'utilisation du produit, en cas de survenue de panne, l'entreprise doit remplacer en urgence le stimulateur phrénique.

Les réparations (hors antenne, câbles et batteries) doivent être prises en charge par l'entreprise.

Concernant l'entretien du stimulateur, une maintenance annuelle préventive réalisée par l'entreprise est prévue (contrôle des éléments externes : antennes, câbles, stimulateurs, batterie). Cette maintenance impose le passage sous ventilation externe pour le patient. Elle est habituellement faite lors de la visite hospitalière annuelle du patient.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
------	-----------	----------------	---------------------

3403359	<p>Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, système complet adulte.</p> <p>Système complet de stimulation intrathoracique pour adulte, ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France.</p> <p>Le système complet pour adulte comprend :</p> <p>Des composants implantés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 récepteurs internes ; - 2 électrodes adultes. <p>Des composants externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 stimulateur (boîtier de contrôle de la stimulation) ; - 1 câble de raccordement boîtier/stimulateur ; - 3 antennes de transfert d'énergie ; - 3 câbles de transfert d'énergie ; - 1 sacoche en cuir ; - 2 batteries rechargeables 12 V externes utilisées comme source d'énergie principale ; - 1 chargeur de batterie 12 V ; - 1 batterie rechargeable 9 V utilisée comme source d'énergie de secours lors des déplacements ; - 1 chargeur de batterie 9 V. <p>Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur externe (générateur de stimulation), le câble de connexion, l'antenne de transfert d'énergie, le câble de transfert d'énergie et la batterie doit être individuel.</p>	6 093 600	6 093 600
3400728	<p>Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, système complet enfant. Système complet de stimulation intrathoracique pour enfant, ATROSTIM, de la société Medwin Medical Group France.</p> <p>Le système complet pour enfant comprend : Des composants implantés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 récepteurs internes ; - 2 électrodes pédiatriques ; - 2 extensions pour électrode pédiatrique (pour la croissance de l'enfant). <p>Des composants externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 stimulateur (boîtier de contrôle de la stimulation) ; - 1 câble de raccordement boîtier/stimulateur ; - 3 antennes de transfert d'énergie ; - 3 câbles de transfert d'énergie ; - 1 sacoche en cuir ; - 2 batteries rechargeables 12 V externes utilisées comme source d'énergie principale ; - 1 chargeur de batterie 12 V ; - 1 batterie rechargeable 9 V utilisée comme source d'énergie de secours lors des déplacements ; - 1 chargeur de batterie 9 V. <p>Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur (générateur de stimulation), le câble de connexion, l'antenne de transfert d'énergie, le câble de transfert d'énergie et la batterie doit être individuel.</p>	6 840 000	6 840 000
3455221	<p>Stimulateur phrénique, intrathoracique, MEDWIN, ATROSTIM, maintenance préventive annuelle.</p> <p>Cette maintenance impose le passage sous ventilation externe pour le patient. Elle est habituellement faite lors de la visite hospitalière annuelle du patient.</p> <p>Elle prévoit le contrôle des éléments externes : antennes, câble, stimulateurs, batteries.</p>	107 640	107 640

Société Synapse Biomedical Europe (SYNAPSE)

Lorsque l'hypoventilation est due à une lésion spinale, un délai de 6 mois après la survenue de la lésion doit être respecté avant l'implantation, visant à confirmer l'absence de perspective de récupération d'une ventilation spontanée ou l'absence de signes d'aggravation (absence d'altération de la conduction phrénique témoignant d'une dégénérescence nerveuse).

L'implantation peut être réalisée par tout chirurgien viscéral ayant des compétences en cœlioscopie et formé à l'implantation intradiaphragmatique des électrodes par compagnonnage. La cartographie per-opératoire doit être réalisée par le chirurgien, assisté d'un opérateur formé (pour délivrer les stimuli et annoncer la valeur de pression). Cet opérateur peut être un technicien de la firme commercialisant le dispositif, ou un personnel médical ou non médical formé.

L'implantation des électrodes est faite par cœlioscopie à l'aide d'un kit d'implantation spécifique proposé par l'industriel. Ce kit permet d'effectuer une cartographie per-opératoire pour repérer les meilleurs sites de stimulation, c'est-à-dire ceux au niveau desquels la stimulation provoque l'augmentation de pression la plus importante. Ces sites sont repérés par marquage au crayon chirurgical, puis les électrodes (deux électrodes filaires par hémidiaphragme) sont accrochées au diaphragme par leur structure en harpon. Aucune dissection du nerf phrénique n'est donc nécessaire.

En cas de contre-indication (exceptionnelle) à une cœlioscopie, la mise en place des électrodes est réalisable par laparotomie.

Code	Référence	Tarif en F.CFP	PLV en F.CFP TTC
3442951	<p>Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, système complet. Système complet de stimulation intradiaphragmatique NEURX DPS RA/4, référence 20-0030 de la société Synapse Biomedical Europe.</p> <p>Le système complet NEURX DPS RA/4 comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des composants implantés : 4 électrodes intramusculaires ; 1 électrode indifférente sous-cutanée ; - des composants externes : 2 générateurs externes de stimulation (stimulateurs) ; 1 câble de connexion entre le porte-connecteur et le stimulateur ; 15 porte-connecteurs (bases de connexion autoadhésives pour assurer la connexion électrique entre l'électrode implantée et le câble) ; 6 batteries au lithium (piles de remplacement pour le stimulateur). <p>Le conditionnement des consommables tels que le stimulateur externe (générateur de stimulation), le câble de connexion, le porte-connecteur autoadhésif et la batterie doit être individuel.</p>	2 278 800	2 278 800
3475608	<p>Stimulateur phrénique, intradiaphrag., SYNAPSE, NEURX DPS RA/4, stimulateur. Remplacement du stimulateur phrénique NEURX DPS RA/4, référence 23-0001, de la société Synapse Biomedical Europe. Le remplacement peut être pris en charge après les quatre années suivant l'implantation.</p>	633 000	633 000

